

Inspection générale des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Gestion du risque -

TOME I RAPPORT

Établi par

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

SYNTHESE

Une mission de l'IGAS, composée de Julien MEJANE, Jean-Louis REY et Louis-Charles VIOSSAT, a évalué la convention d'objectif et de gestion qui oriente et encadre, sur la période 2014-2017, la gestion du régime général de l'assurance maladie. La qualité du service et l'organisation du réseau ont fait l'objet, en parallèle, d'une autre mission de l'inspection générale.

Le rapport définitif de la mission prend en compte les observations faites par la CNAMTS et la DSS sur la base du rapport provisoire qui leur avait été adressé.

La gestion du risque, c'est-à-dire selon la CNAMTS « la mise en œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous », est une priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, qui mobilise à cette fin une série de leviers à destination des professionnels de santé et des usagers.

L'impact de ces leviers a fait néanmoins l'objet de peu de travaux d'évaluation et de recherche, en particulier au regard des moyens mobilisés et de l'ampleur considérable des sommes en jeu (les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM sont de 191 Mds€ en 2017), ce qui a compliqué les travaux de la mission.

Constatant l'essoufflement de ses résultats, la mission plaide en faveur d'une inflexion importante des orientations et des leviers de la gestion du risque, et d'un effort significatif d'innovation dans ce domaine. Elle fait vingt-quatre recommandations prioritaires en vue de l'élaboration de la prochaine COG.

La mission a dû opérer une priorisation de ses champs d'investigation compte tenu des contraintes de temps et de l'étendue du sujet, dont certaines thématiques comme les indemnités journalières, les transports, ou les fraudes et les abus, ont nécessité des rapports dédiés. Ainsi, elle s'est concentrée sur l'étude des leviers les plus largement utilisés par l'assurance maladie : accompagnement des professionnels de santé et services aux assurés (SOPHIA/PRADO), et à du exclure des champs comme la prévention.

La mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie

La gestion du risque représente une part importante de la COG : un tiers des fiches et des objectifs, 40 % de ses engagements, et la moitié de ses indicateurs.

Le rapport dresse un bilan plutôt satisfaisant de la mise en œuvre de la convention : plus de huit engagements de l'assurance maladie sur dix et trois engagements de l'Etat sur cinq ont ainsi été atteints. Toutefois, la construction de la COG ne permet pas de restituer exactement les performances réelles de la gestion du risque, notamment en raison d'un choix d'indicateurs peu pertinents.

Dans le contexte d'une augmentation des économies attendues de 55 % entre 2012 et 2015, le rapport souligne néanmoins le plafonnement des résultats de l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée, qui constitue le cœur de la gestion du risque, alors même que des inefficiences importantes existent dans le système de soins et que des besoins croissants d'économies sont exigés afin d'assurer le respect de l'ONDAM.

L'approche actuelle de la gestion du risque se heurte à des obstacles persistants

L'assurance maladie a progressivement renforcé ses politiques de gestion du risque dans le réseau en l'articulant autour d'outils globalement bien maîtrisés. Cependant, des problèmes structurels, déjà soulignés lors de précédentes missions de l'IGAS, n'ont toujours pas été résolus et continuent de fragiliser l'efficacité des leviers :

- l'imprécision de la définition même de la gestion du risque, notion dont le caractère « attrapetout » nuit à l'efficacité opérationnelle des acteurs de terrain (délégation à la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie DCGDR, CPAM, DRSM et ARS) et qui n'a pas intégré suffisamment la prévention;
- le manque de lisibilité de l'architecture programmatique et contractuelle qui mobilise une profusion de documents (Plan ONDAM, PNGDRESS, COG, CPOM, CPG, conventions ARS/assurance maladie ...) élaborés, négociés et suivis par les services de l'assurance maladie et de l'Etat;
- un partage des rôles encore brouillé entre l'Etat et l'assurance maladie, malgré la volonté du législateur de répartir les responsabilités depuis la mise en œuvre du Plan ONDAM;
- I'organisation et le pilotage encore perfectibles de la gestion du risque : la CNAMTS a un rôle trop directif sans en avoir pour autant les moyens adéquats, le rôle des DCGDR, dont l'intérêt est avéré, est trop limité, et la cartographie des DRSM doit s'adapter à celle des DCGDR.

Pour dépasser ces obstacles, le rapport préconise en particulier de recentrer la COG sur la prévention, la fixation des objectifs et l'allocation des moyens en cohérence avec le PNGDRESS et le plan ONDAM et sur l'optimisation des leviers et des outils de la gestion du risque.

Il préconise également de renforcer les moyens de la CNAMTS pour le soutien au réseau, de mettre en place un dialogue de gestion national quadripartite (Etat, CNAMTS, ARS, DCGDR), ainsi qu'un dialogue de gestion régional qui associe les DGCDR au réseau maladie et de revoir la cartographie des DRSM.

Les movens alloués à la gestion du risque devraient être mobilisés de facon plus efficace

Les moyens humains et informatiques utilisés par l'assurance maladie pour la gestion du risque représentent un montant significatif de dépenses - de l'ordre de 570 M€ par an d'après les calculs de la mission.

Sur le plan des ressources humaines, l'assurance maladie emploie près de 6 800 ETP aux activités de gestion du risque, soit 11,5 % de ses ETP, une part relative qui s'est accrue au cours des dernières années dans un contexte de réduction des effectifs de la branche. Ces effectifs sont principalement en charge de l'accompagnement et du contrôle des usagers et des professionnels de santé (délégués de l'assurance maladie, des praticiens-conseils et des conseillers informatique service, conseillers en assurance maladie de PRADO, et infirmières conseils en santé de SOPHIA).

Compte tenu des enjeux attachés à une meilleure efficience du système de soins dans les années à venir, le rapport préconise de préserver le niveau des effectifs (en ETP) dédiés à la gestion du risque tout en visant d'importants efforts de productivité.

Ces efforts permettront d'investir plus fortement la relation avec les médecins spécialistes et l'hôpital et d'accompagner la généralisation de nouvelles méthodes d'accompagnement prévues par l'assurance maladie (comme par exemple le Plan personnalisé d'accompagnement des médecins actuellement expérimenté).

Les systèmes d'information de gestion du risque ont fait l'objet d'analyses spécifiques avec le SGMAP en appui à la mission de l'IGAS. Les systèmes d'information doivent jouent un rôle crucial pour améliorer la productivité des effectifs et pour accompagner l'évolution des pratiques, au regard du besoin de retour d'information enrichie largement exprimé par les professionnels de santé. Pourtant, les systèmes d'information sont restés peu prioritaires au cours de la dernière COG avec un parc applicatif éclaté, de nombreuses applications vieillissantes qui ne couvrent pas l'ensemble des besoins métiers - notamment dans les services médicaux - et obligent à maintenir de lourds processus manuels inutiles. Des projets sont envisagés par la CNAMTS, mais sans organisation capable de les piloter globalement, et avec une approche budgétaire silotée par « Programmes », leur mise en œuvre effective à l'horizon de la prochaine COG paraît déjà compromise.

Par conséquent, le rapport préconise d'investir dans les systèmes d'information de gestion du risque pour soutenir la modernisation numérique de la relation aux professionnels de santé et des outils de gestion des CPAM et des DRSM.

La prochaine COG doit être l'occasion d'une inflexion des orientations stratégiques et des leviers de la gestion du risque

La dernière partie du rapport est consacrée aux différents leviers de la gestion du risque, qui contribuent inégalement à l'effort d'efficience du système de soins et dont la doctrine d'emploi doit être revue à l'occasion de la prochaine COG. L'assurance maladie a développé une approche spécifique d'accompagnement gradué des professionnels de ville qui constitue son principal levier de gestion du risque ambulatoire. S'y ajoutent à destination des assurés deux programmes de service en santé (SOPHIA et PRADO) présentés par l'assurance maladie comme des contributeurs essentiels à la maîtrise des dépenses.

En ce qui concerne le domaine ambulatoire, le rapport souligne les limites des actions d'accompagnement et de sensibilisation vis-à-vis des pratiques des professionnels de santé, malgré la mobilisation du réseau qui effectue plus de 500 000 contacts par an. Il recommande d'approfondir la relation avec les professionnels de santé en personnalisant l'accompagnement et en enrichissant le contenu informationnel sur leurs pratiques et leur patientèle. Un redéploiement sur les médecins spécialistes et l'hôpital, prescripteurs importants mais encore peu touchés par les mesures d'accompagnement, doit également être envisagé grâce à des gains de productivité, de la formation et l'appel à des ressources médicales externes.

Corollaire de ces actions d'accompagnement pédagogique, les mesures contraignantes ne touchent actuellement qu'un nombre très limité de professionnels de santé (une pénalité par campagne et par département), tout en consommant d'importantes ressources de l'assurance maladie en traitements manuels. Elles doivent être plus largement appliquées en favorisant la responsabilisation des professionnels de santé (mise sous objectifs) et en développant l'automatisation des traitements lorsqu'une autorisation préalable est nécessaire.

Cette automatisation des traitements permettrait aux patients d'avoir un avis immédiat alors qu'ils peuvent attendre aujourd'hui jusqu'à 15 jours, et elle sécurisera les chaînes de traitement informatique qui acceptent le remboursement de prescriptions ayant pourtant fait l'objet d'un avis défavorable de l'assurance maladie.

Présentés comme des contributeurs essentiels aux efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les programmes PRADO et SOPHIA, en direction des assurés, doivent évoluer.

Le Programme d'Aide au retour à Domicile (PRADO), malgré le succès public de son volet Maternité qui accompagne presque un accouchement sur deux, a produit des résultats marginaux en termes de réduction des dépenses malgré les fortes ambitions affichées par l'assurance maladie (576 M€ dans le plan 2015-2017). Sept ans après son lancement, le rapport recommande de suspendre le processus d'extension dans l'attente d'une évaluation externe qui n'a pas été conduite jusqu'ici, et qui devra objectiver l'intérêt à conduire un programme au coût annuel approchant les 40 M€.

S'agissant du programme SOPHIA, qui porte sur l'accompagnement des personnes atteintes de diabète (720 000 adhérents fin 2016 pour un coût de 25 M€) et est en cours de généralisation sur l'asthme et d'expérimentation sur l'insuffisance cardiaque chronique, le rapport préconise de renforcer l'efficacité par la mise en œuvre d'un principe d'adhésion implicite des patients diabétiques dits « en écarts de soins », c'est-à-dire ceux qui n'ont pas réalisés leur bilan dentaire et rénal l'année précédente et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.

Enfin, l'essoufflement de la gestion du risque appelle, vingt ans après sa création, des évolutions profondes en matière d'orientations stratégiques :

- améliorer la segmentation des populations en ayant notamment une approche non pas seulement orientée vers un petit nombre de médecins généralistes en écart important aux bonnes pratiques, mais vers une population plus large et probablement plus encline à modifier durablement ses pratiques;
- développer la connaissance en matière de gestion du risque en investissant dans les travaux de recherche et les évaluations sur les gisements d'inefficiences mais également sur les moyens de parvenir à les réduire. Pour ce faire, l'assurance maladie doit davantage s'ouvrir aux contributions des acteurs externes – mais également à celles de son réseau - et participer activement à l'ouverture de l'accès aux données de santé prévue par le SNDS;
- recourir à des instruments structurels à la main de l'Etat lorsque l'efficacité des outils d'accompagnement de l'assurance maladie s'avère intrinsèquement limitée, comme par exemple un transfert aux budgets hospitaliers pour les dépenses de transports sanitaires, mais également dans le domaine des médicaments et des indemnités journalières;
- effectuer un bond en avant en matière d'innovation en gestion du risque en y dédiant un budget spécifique et en se dotant d'une structure ad hoc chargée de concevoir et d'expérimenter un plan ambitieux associant largement réseau et acteurs extérieurs.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	10
PRESENTATION PAR LA CNAMTS DE SES PRINCIPAUX OUTILS DE GESTION DU RISQUE	.13
LA MISE EN ŒUVRE PLUTOT SATISFAISANTE DE LA COG 2014-2017 NE DOIT PAS MASQUER L'ESSOUFFLEMENT DE LA GESTION DU RISQUE PAR L'ASSURANCE MALADIE	.14
1.1 Une mise en œuvre plutôt satisfaisante d'un document conventionnel présentant des faiblesses	.14
1.1.1 Un texte conventionnel qui contient un nombre élevé d'engagements et d'indicateurs liés la gestion du risque	
1.1.2 Une mise en œuvre par la CNAMTS et par l'Etat plutôt satisfaisante dans l'ensemble	.16
1.1.3 Un document conventionnel qui présente des faiblesses	.18
1.2 Une gestion du risque qui s'essouffle	21
1.2.1 Un contexte de fortes inefficiences du système de santé et d'effet de ciseau entre dépenses et recettes de l'assurance maladie	
1.2.2 Des résultats de la gestion du risque qui plafonnent	24
2 L'APPROCHE ACTUELLE DE LA GESTION DU RISQUE SE HEURTE A DES OBSTACLES PERSISTANTS	26
2.1 Une notion de gestion du risque qui est toujours trop imprécise	26
2.1.1 Une notion dont ni les objectifs ni le périmètre ne sont clairement définis	.26
2.1.2 Une prévention insuffisamment intégrée à la gestion du risque	.27
2.2 Une architecture programmatique et contractuelle qui n'est pas assez lisible	28
2.2.1 Une architecture complexe	28
2.2.2 Une architecture manquant de cohérence	33
2.3 Une organisation et un pilotage encore insatisfaisants	.34
2.3.1 Une organisation de l'assurance maladie plus lisible au plan régional qu'au plan national	.34
2.3.2 Un travail en commun entre l'Etat et l'assurance maladie qui doit encore progresser	36
2.3.3 Un pilotage de la CNAMTS indispensable mais incomplet et trop directif	.38
2.3.4 Des délégations à la coordination de la gestion du risque au milieu du gué et qu'il serait opportun de renforcer	40
2 3 5 Une articulation entre service médical et caisses primaires qui doit être renforcée	41

2.3.6 toujo	Une politique de convergence des indicateurs locaux de gestion du risque qui n'est pas urs pertinente4	3
2.4	Des évaluations insuffisantes4	4
2.4.1	Des évaluations ne couvrant qu'une partie des leviers4	4
2.4.2	Une mesure des économies biaisée par l'utilisation de tendanciels4	6
2.4.3	Des ressources en matière d'études qui doivent être mieux utilisées4	8
3 PLUS	LES MOYENS DEDIES A LA GESTION DU RISQUE PEUVENT ETRE MOBILISES DE FAÇON EFFICACE4	9
3.1	Une gestion perfectible des ressources humaines4	9
3.1.1	D'importants moyens humains dédiés4	9
3.1.2	Des métiers variés5	2
3.1.3	De réels besoins de formation professionnelle5	4
3.1.4 resso	Un intéressement individuel insuffisamment mobilisé comme outil de gestion des ources humaines au service de la gestion du risque5	6
3.2 et à la	Des systèmes d'information de gestion du risque datés qui contribuent peu à la productivité a bonne exploitation de l'information5	7
3.2.1 conse	Les systèmes d'information au service des délégués de l'assurance maladie et des praticient pils5	
3.2.2	Des services numériques proposés aux professionnels de santé qu'il convient d'enrichir 5	8
3.2.3 des s	Une organisation inadaptée et un investissement insuffisant qui bloquent le développemen ystèmes d'information de gestion du risque5	
4 STRA	LA PROCHAINE COG DOIT ETRE L'OCCASION D'UNE INFLEXION DES ORIENTATIONS TEGIQUES ET DES LEVIERS DE LA GESTION DU RISQUE	1
4.1	Une inflexion nécessaire des leviers de gestion du risque dans le domaine ambulatoire6	1
4.1.1 qui co	Un volet pédagogique essentiel au maintien des liens avec les professionnels de santé mais ontribue peu à faire évoluer structurellement les pratiques6	2
4.1.2	Des MSO et MSAP peu utilisées et perçues comme stigmatisantes6	7
4.2	Un outil potentiellement efficace : les demandes d'autorisation préalable6	9
4.2.1 perti	Un programme qui s'est bien déployé mais dont les thématiques ne sont pas toujours nentes en terme d'enjeux financiers6	9
4.2.2	Des résultats intéressants qui pourraient encore être améliorés7	0
4.2.3	Une gestion manuelle chronophage et largement inutile7	2
4.3	Une action qui s'est développée au sein des hôpitaux et qui doit se renforcer7	3
4.3.1	Un accompagnement qui doit davantage se spécialiser sur les besoins de l'hôpital7	4
4.3.2	Un nouvel outil de contractualisation : le CAQES7	5
4.3.3	Une MSAP hospitalière qui a contribué à internaliser le respect des recommandations 7	6

4.4	Des programmes en direction des assurés qui doivent évoluer	77
4.4.1	PRADO, un programme qui doit faire l'objet d'une véritable évaluation externe	77
4.4.2	Un programme SOPHIA dont la gestion doit être rationalisée	81
4.5	Un renouvellement des orientations stratégiques de la gestion du risque	84
4.5.1	Une meilleure segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés	84
4.5.2	Un redéploiement vers les médecins spécialistes et l'hôpital	85
4.5.3	Une recherche de nouvelles thématiques, qui doit associer plus largement le réseau	87
	Savoir tirer les conséquences des limites des outils de l'assurance maladie sur certaines atiques d'économies	
4.5.5	Une priorité à l'accès aux données de santé et à l'innovation	90
RECO	MMANDATIONS DE LA MISSION	95
LISTE	DES PERSONNES RENCONTREES	97
SIGLE	S UTILISES	. 105
COUR	RIER DE REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE	. 107
OBSE	RVATIONS DE LA DSS AU RAPPORT PROVISOIRE	. 111

INTRODUCTION

- [1] Comme en dispose l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat conclut avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) une convention d'objectifs et de gestion (COG) qui comporte des engagements réciproques des signataires, détermine les objectifs pluriannuels de gestion de la caisse nationale, les moyens de fonctionnement de la branche et les actions mises en œuvre à cette fin par chacun des signataires et qui précise aussi notamment les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque ainsi que le service des prestations.
- [2] La cinquième COG entre l'Etat et la CNAMTS, qui a été signée au début du mois d'août 2014, a été conclue pour les années 2014 à 2017 et arrive donc à échéance dans quelques mois. Dans la perspective de son renouvellement, comme elle le fait systématiquement depuis la création des COG, l'IGAS a lancé, en accord avec la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction du budget (DB) une mission visant à évaluer les résultats atteints par la caisse nationale sur la période 2014-2017 au regard de ses objectifs et à formuler des propositions de nouvelles orientations conventionnelles pour les années 2018-2021.
- [3] Comme c'était déjà le cas il y a quatre ans, et compte tenu notamment de l'ampleur des travaux à réaliser, le chef de l'IGAS a décidé de scinder l'évaluation de la COG de la CNAMTS en deux missions distinctes mais parallèles, chacune confiée à une équipe de trois membres de l'IGAS :
- une première mission est consacrée à la qualité de service et à l'organisation du réseau et a été confiée à Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT et Pierre VIDEMENT;
- une seconde mission, dont les conclusions sont retracées dans le présent rapport, est consacrée à la gestion du risque et a été confiée à Julien MEJANE et Louis-Charles VIOSSAT, qui ont été rejoints après quelques semaines par Jean-Louis REY.
- [4] Ces deux missions d'évaluation qui concernent la CNAMTS s'inscrivent elles-mêmes dans le cadre d'une série de six missions parallèles d'évaluation des COG du régime général¹, qui arrivent toutes à échéance à la fin de l'année 2017, et qui sont conduites par l'IGAS de manière coordonnée dans le cadre de sa compétence légale et réglementaire.
- [5] Priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, la gestion du risque, que la CNAMTS définit comme « la mise en œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous »², est l'objet de nombreux objectifs et engagements et de multiples dispositions de la COG 2014-2017.
- [6] En raison du caractère central mais assez flou voire, comme l'ont affirmé plusieurs interlocuteurs de l'Inspection générale, « attrape-tout » de la notion de gestion du risque, la mission a choisi, après avoir consulté la Direction de la sécurité sociale et la Direction du budget, de se concentrer sur l'évaluation de la mise en œuvre de la COG et de prioriser ses investigations et ses réflexions sur :
- les moyens engagés par la CNAMTS pour élaborer et conduire les politiques de gestion du risque;

¹ Outre les deux missions sur la COG de la CNAMTS, l'IGAS conduit des missions sur les COG de la branche AT-MP, de l'ACOSS, de la CNAV et, avec l'Inspection générale des finances (IGF), sur la COG de la CNAF.

² Cf. la définition donnée dans *La gestion du risque*, présentation PowerPoint préparée par la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), datée de décembre 2016 et communiquée à la mission.

- la question de l'efficience des leviers et des outils disponibles, en particulier en direction des professionnels de santé ;
- les évolutions souhaitables de ces leviers à l'horizon des quatre prochaines années et au-delà.
- [7] La mission a ainsi focalisé ses travaux sur les principaux leviers de la gestion du risque que sont l'information, l'accompagnement et la sensibilisation, les accords ou autorisations préalables, les contrôles et sanctions et les incitations financières (prix et rémunérations...), en mettant l'accent sur ceux qui sont directement à la main de l'assurance maladie.
- [8] Grâce à l'appui du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) qui a mis à disposition ses experts, en particulier Clio LARDENOIS, ainsi que des consultants du cabinet McKinsey³, la mission a pu étudier dans le détail les systèmes d'information propres à la gestion du risque et leurs évolutions souhaitables.
- [9] La mission n'avait pas pour objectif de conduire des évaluations ni de déterminer les prochaines priorités thématiques des politiques de gestion du risque (par exemple, transports, imagerie, chirurgie ambulatoire, médicaments ...) qui seront fixées non plus dans la COG mais dans le plan ONDAM et le Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS). Elle n'avait pas non plus pour objet de traiter au fond du partage des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie. Ces sujets, qui reviennent régulièrement à l'occasion des rapports IGAS, mériteraient d'être traités dans le cadre de missions ad hoc.
- [10] Compte tenu de l'étendue du champ étudié et des contraintes de temps et de moyens, la mission a fait le choix :
- de cibler le sujet des leviers de maîtrise médicalisée, dont les effets sont encore mal connus et qui sont porteurs d'importants enjeux en termes de volume et de pertinence des soins ;
- d'intégrer, à la demande des commanditaires, les programmes emblématiques que sont Sophia et Prado dans l'optique d'étudier l'opportunité de leur reconduite ou de leur extension;
- de ne traiter la politique de prévention de la CNAMTS seulement sous l'angle de son intégration à la politique de gestion du risque de la caisse. Une évaluation des actions de prévention de la CNAMTS et du FNPEIS aurait exigé, compte tenu de son ampleur et de sa complexité, des travaux dépassant largement le champ de la mission;
- de s'en tenir aux actions qui sont du ressort du régime général d'assurance maladie et de ne pas creuser les politiques conduites par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ni la coordination des actions de gestion du risque avec la Mutualité sociale agricole (MSA) ni le Régime social des indépendants (RSI).
- [11] En raison des investigations de la Cour des Comptes, la mission a également décidé de ne pas traiter du contrôle médical des assurés, des fraudes et abus ni des UGECAM.
- [12] La phase de cadrage puis les investigations de terrain et entretiens de la mission se sont déroulés entre le mois de janvier 2017 et la fin du mois de mai 2017, le mois de juin et le début du mois de juillet ayant été consacré à la rédaction du rapport.

³ Toutes les missions d'évaluation des COG du régime général, sauf celle de la branche AT-MP, ont bénéficié de l'appui du SGMAP et de McKinsey

- [13] Dans ce cadre, la mission a rencontré et échangé avec plus de 200 interlocuteurs : responsables nationaux et locaux de l'administration et de l'assurance maladie, magistrats de la Cour des comptes, personnalités et experts de l'assurance maladie et des systèmes d'information en santé, établissements de santé, professionnels de santé libéraux et hospitaliers...⁴
- Outre une visite dans les Hauts-de-France (Lille) lors de sa phase de cadrage, la mission s'est déplacée dans quatre régions métropolitaines (Pays-de-la-Loire, Nouvelle-Aquitaine, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes), et dans sept métropoles (Nantes, Bordeaux et Poitiers, Strasbourg et Nancy, Lyon et Valence) pour rencontrer les acteurs de l'assurance maladie, de l'Etat et les principales parties prenantes.
- [15] La mission a mobilisé également les conclusions de missions en cours ou récemment achevées sur des thématiques importantes liées à la gestion du risque⁵.
- [16] La mission a exploité un très grand nombre de documents fournis à sa demande par la CNAMTS, les Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), les Directions régionales du service médical (DRSM) et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ainsi que par les services de l'administration (DSS, Direction générale de l'organisation des soins DGOS, et secrétariat général en particulier). Elle a également tiré parti des travaux antérieurs et en cours de l'IGAS et de la Cour des Comptes⁶, de l'OCDE et des autres publications disponibles.
- [17] Le présent rapport souligne d'abord que la mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG, ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie (I). Le rapport pointe ensuite les obstacles persistants auxquels la gestion du risque se heurte toujours (II) et montre la nécessité d'une mobilisation plus efficace des moyens qui y sont dédiés (III). Il analyse enfin l'utilisation des différents outils et leviers actuels de la gestion du risque et recommande un effort de renouvellement et de réorientation stratégique (IV).

Le présent rapport a donné lieu à une phase d'échanges contradictoires avec la CNAMTS et la DSS. Son contenu tient compte des observations formulées quand la mission l'a estimé justifié.

⁴ Cf. liste des personnes rencontrées.

⁵ Revues de dépenses IGAS/IGF sur les dépenses de transports sanitaires et sur les dépenses d'indemnités journalières.

⁶ De nombreuses insertions dans le rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale portent, en tout ou partie, sur les programmes de gestion du risque. On peut citer notamment les kinésithérapeutes et infirmières libéraux (2015), l'insuffisance rénale chronique (2015) et la maîtrise des dépenses à l'hôpital (2016).

PRESENTATION PAR LA CNAMTS DE SES PRINCIPAUX OUTILS DE GESTION DU RISQUE

Accords préalables DAP

- à une prise en charge de prestation ou produit
- de soin au-delà d'un seuil

Mise sous accord préalable précédée d'une mise sous objectif

- MSAP sur des prescripteurs
- MSAP sur établissements santé

Accompagnement/ sensibilisation des professionnels de santé

- Courriers
- DAM
- Echanges confraternels
- Collaboration avec les sociétés savantes

Accompagnement /sensibilisation des Assurés (prévention, parcours)

- Orientation
- Facilitation
- Soutien

Information sur la prévention et bon usage du système

• Ecrit / Internet@ / Applis / Communication grand public

Contractualisation avec les offreurs

- Accord avec une profession ou un secteur
- Contrat individuel avec offreur

Incitations financières

- Tarifs/ forfaits pour l'évolution des pratiques
- Forfaits limitant les prises en charge

Organisation de l'offre

- PRADO pour accompagner le virage ambulatoire
- Régulation démographique

Outils d'aides à la décision

- Téléservices avec référentiel intégré au logiciel métier
- Liste préférentielle de médicaments
- Recommandations intégrées aux outils/SI

1 LA MISE EN ŒUVRE PLUTOT SATISFAISANTE DE LA COG 2014-2017 NE DOIT PAS MASQUER L'ESSOUFFLEMENT DE LA GESTION DU RISQUE PAR L'ASSURANCE MALADIE

[18] La COG 2014-2017 a été mise en œuvre de façon globalement satisfaisante par les services de la CNAMTS et de l'Etat au cours des dernières années. Ce serait toutefois une erreur de s'arrêter à ce satisfecit. En effet, les investigations de la mission ont montré que la politique de gestion du risque s'essoufflait, ce qui appelle un renouvellement de son approche.

1.1 Une mise en œuvre plutôt satisfaisante d'un document conventionnel présentant des faiblesses

[19] Le bilan que l'on peut tirer de la mise en œuvre de la COG en matière de gestion du risque est, dans l'ensemble, plutôt satisfaisant en dépit de certaines faiblesses du texte conventionnel.

1.1.1 Un texte conventionnel qui contient un nombre élevé d'engagements et d'indicateurs liés à la gestion du risque

[20] La convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 est un épais document de près de 300 pages dont la structure est caractéristique des COG de la dernière génération. Elle comprend ainsi quatre éléments :

- un court préambule
- le texte de la convention lui-même (une vingtaine de pages)
- 21 fiches (130 pages environ)
- quatre annexes (120 pages environ).

[21] La COG 2014-2017 est construite autour de quatre grands axes :

- garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins ;
- assurer un service performant et une relation de qualité avec les assurés ;
- contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins, qui contient la majorité des engagements et des actions de gestion du risque ;
- renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie⁷.

[22] Sur un strict plan quantitatif, la gestion du risque constitue la matière de plus du tiers (8) des 21 fiches de la COG, près du tiers (25) de ses 77 objectifs, 40 % environ (141) de ses 351 engagements et près de la moitié (32) de ses 70 indicateurs.

[23] Au sein des contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui lient la CNAMTS à son réseau, la gestion du risque rentre pour 30 % dans la cotation des objectifs pondérés fixés aux CPAM et pour 50 % dans la cotation des objectifs pondérés fixés aux DRSM.

- 14 -

⁷ Cet axe de la COG n'est pas concerné par la gestion du risque.

 $Tableau\ 1: \qquad Fiches\ et\ objectifs\ de\ gestion\ du\ risque\ dans\ la\ COG\ 2014-2017$

Fiche	Intitulé fiche	Objectifs
N° 4	Favoriser le développement de soins accessibles aux assurés sociaux	Favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé Maîtriser l'évolution des tarifs de soins Mettre en place le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS
N° 7	Conforter l'offre de service intégrée de l'assurance maladie	Développer des services en santé intégrant l'accompagnement des démarches administratives et l'amélioration du parcours de soins Renforcer les services prévention en utilisant les potentialités d'un compte assuré progressivement individualisé et développer l'accompagnement en ligne Fluidifier le parcours de soins et accompagner les patients lors d'épisode de soins aigus et en sortie d'hospitalisation Développer l'accompagnement des malades chroniques et favoriser le maintien à domicile
N° 8	Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion	Développer de nouveaux services dématérialisés pour les professionnels de santé Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de Fides Mettre en place le référentiel de l'offre de soins
N° 10	Favoriser le développement de la prévention	Développer les services de prévention en lien avec le médecin traitant Améliorer les programmes de dépistage des cancers et renforcer le rôle du médecin traitant Etendre et renforcer les partenariats Mobiliser les centres d'examen de santé
N° 11	Favoriser l'organisation des soins de proximité	Favoriser la constitution d'équipes pluriprofessionnelles de proximité autour du médecin traitant Améliorer l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social par des modes de prises en charge coordonnées Développer des outils informatiques de coordination des soins
N° 12	Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales	Développer les référentiels et renforcer leur promotion auprès des patients et des professionnels de santé Renforcer les actions sur la pertinence des soins dans les établissements de santé en concertation avec les ARS et déployer des aides à la décision validées par la HAS Etendre en concertation avec les ARS les procédures de mise sous accord préalable pour améliorer la pertinence des interventions
N° 13	Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins	Développer les analyses par processus de soins et veiller à l'efficience dans le choix des techniques médicales et des prescriptions Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en renforçant la contractualisation avec les offreurs de soins Développer les actions de gestion du risque auprès des assurés sociaux
N° 14	Mieux connaître le système de santé et promouvoir ses transformations	Poursuivre l'enrichissement des données du SNIIRAM et mettre en œuvre les décisions des pouvoirs publics relatives à l'ouverture des données de santé Promouvoir une meilleure connaissance des parcours et du système de soins et réaliser des études de santé publique

Source: CNAMTS

[24] Les orientations contenues dans la COG touchent une large partie du spectre des politiques et des acteurs du système de soins : prévention, tarifs, parcours de soins et coordination des soins, services aux professionnels et établissements de santé, organisation des soins, données de santé pour ne prendre que quelques exemples...

[25] Les ambitions affichées sont élevées. Le préambule souligne ainsi que la CNAMTS « renforcera sa politique de gestion du risque pour améliorer la pertinence, la qualité, la sécurité du système de soins, tant en ville qu'en établissement ». Il insiste aussi sur le fait que « la question du juste recours aux soins et des parcours pertinents est devenue un enjeu majeur de qualité et d'efficience des soins » et que « les marges d'efficience, si elles sont exploitées, permettraient de mieux contenir sur la durée les dépenses de l'ONDAM avec une amélioration sensible de la qualité tout en mettant en œuvre des parcours organisés, sur la base de référentiels, et dotés de modes de rémunération adaptés ».

[26] La DDGOS est la principale direction responsable des mesures de gestion du risque contenues dans la convention. Seule la fiche 14, qui relève de la DSES, lui échappe⁸.

1.1.2 Une mise en œuvre par la CNAMTS et par l'Etat plutôt satisfaisante dans l'ensemble

[27] A l'aune du bilan de l'exécution des engagements (ou « actions à conduire ») prévus par le texte conventionnel et des indicateurs de résultats, la COG a été mise en œuvre de façon globalement plutôt satisfaisante par la CNAMTS et par l'Etat au cours de la période 2014-2017.

1.1.2.1 Un bilan globalement positif pour la CNAMTS

[28] Le bilan de l'exécution des engagements conventionnels est positif dans la mesure où la CNAMTS a, comme le montre le tableau 1, entièrement mis en œuvre 117 engagements sur 141, soit plus de huit sur dix.

[29] En outre, il faut souligner qu'un nombre non négligeable des engagements « non atteints » l'ont été partiellement. La fiche 10 consacrée à la prévention concentre le nombre le plus élevé d'engagements qui n'ont pas intégralement été mis en œuvre.

[30] Les résultats du bilan de la mise en œuvre de la COG figurent en annexe 11.

⁸ Quelques engagements très ponctuels au sein des fiches placés sous la responsabilité de la DDGOS relèvent aussi d'autres directions. La fiche 15, consacrée aux abus et aux fraudes, qui a été traitée par l'autre mission de l'IGAS, relève également d'une autre direction de la CNAMTS.

Tableau 2 : Bilan de la mise en œuvre des engagements conventionnels par la CNAMTS

Fiches	Engagements atteints	Indicateurs de résultats non atteints	Exemples d'engagements non atteints (ou partiellement atteints)			
N° 4	13 sur 14	1 sur 1	Etendre le parcours attentionné			
N° 7	17 sur 19	4 sur 6	Ouvrir dans le compte assuré un espace personnalisé pour les ayants droit Généraliser l'offre Prado/Sophia			
N° 8	15 sur 18	1 sur 3	Déployer des services pour les médecins traitants en appui des programmes de prévention Déployer le cas échéant le nouveau modèle de PFS sur le territoire Adapter les téléservices du portail Espace Pro pour les rendre accessibles aux médecins hospitaliers			
N° 10	10 sur 18	4 sur 4	Définir l'architecture cible des dépistages organisés et expérimenter cette nouvelle organisation Intégrer la sensibilisation au dépistage du cancer du col dans le cadre de Prado maternité Refondre le programme de sensibilisation au risque cardio-vasculaire			
N° 11	10 sur 13	-	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour les affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe Renforcer l'interconnexion des téléservices et la remontée d'informations, notamment vers le médecin traitant			
N° 12	17 sur 21	0 sur 1	Expérimenter une procédure d'accord préalable IJ pour certaines pathologies Elaborer de nouveaux référentiels MK			
N° 13	28 sur 31	0 sur 1	Améliorer la pertinence des actes infirmiers pour l'injection d'insuline			
N° 14	7 sur 7	Sans objet	Sans objet			
Total	117 sur 141	9 sur 18	62 sur 117			

Source: CNAMTS et IGAS

[31] Ce bilan positif de la mise en œuvre des engagements conventionnels doit tenir compte de plusieurs facteurs qui jouent, a priori, dans des sens contradictoires⁹:

- l'année 2017 est encore loin d'être achevée : il est possible que certains engagements soient mis en œuvre dans les mois à venir ;
- une mise en œuvre partielle d'un engagement est prise en compte comme si l'engagement n'était pas atteint ;
- certains engagements n'ont pas pu être mis en œuvre en raison d'un changement de contexte;
- le caractère parfois imprécis de la rédaction de certains engagements rend leur atteinte plus aisée (par exemple, dans le cas de la fiche 14);

⁹ Il n'a pas été possible d'estimer le degré d'ambition des engagements affichés dans la convention qui, bien entendu, joue sur le degré d'atteinte constaté.

- l'évaluation repose sur une analyse des données fournies par la CNAMTS elle-même, qui a été confrontée aux analyses de l'administration (DSS et DGS principalement) ainsi qu'aux constatations de terrain de la mission. La mission a fait le choix raisonné de ne pas investir ses ressources limitées dans la vérification détaillée sur le terrain des multiples engagements conventionnels existants.
- [32] Le bilan des indicateurs de résultats, qui est résumé également dans le tableau 2 supra, est un peu moins positif tout en restant satisfaisant.
- [33] Ainsi, sur 18 indicateurs de résultats, la moitié d'entre eux (9) a atteint ou est susceptible d'atteindre totalement ou partiellement sa cible au terme de la période conventionnelle. La fiche 7 sur l'offre intégrée de services de l'assurance maladie et, à nouveau, la fiche 10 sur la prévention concentrent les résultats plus décevants.

1.1.2.2 Un bilan également favorable pour l'Etat

- [34] Le bilan que l'on peut dresser de la mise en œuvre de ces engagements par l'Etat est également plutôt favorable.
- [35] Le principal engagement conventionnel de l'Etat, qui consiste à garantir le financement du fonctionnement de la branche, a été respecté.
- [36] En outre, les vingt-cinq engagements de l'Etat plus précis qui avaient été inclus dans le texte de la COG ont été, pour la plupart, mis en œuvre entièrement ou partiellement, certes parfois avec retard.
- [37] On peut ainsi estimer, sur la base des observations de la CNAMTS rapprochées du point de vue des services de l'Etat, que quinze engagements ont été entièrement mis en œuvre et que huit l'ont été partiellement.

1.1.3 Un document conventionnel qui présente des faiblesses

[38] Le contenu et la rédaction de la COG 2014-2017 présentent des faiblesses qui nuisent à la force du document conventionnel dans le domaine de la gestion du risque.

1.1.3.1 Une structuration critiquable

- [39] La COG 2014-2017 est un document volumineux qui comporte un très grand nombre d'objectifs, d'engagements (« actions à conduire ») et d'indicateurs dans le domaine de la gestion du risque.
- [40] Cela rend leur lisibilité et leur compréhension assez difficiles : les objectifs stratégiques de la gestion du risque n'apparaissent pas immédiatement à la lecture du texte et on serait bien en peine de les résumer en quelques lignes. Cette situation nuit à l'alignement des acteurs de l'assurance maladie comme des parties prenantes sur des objectifs simples et partagés et n'est pas un facteur favorable à la mise en œuvre opérationnelle de la convention.
- A cela s'ajoute que la logique de l'ordre des objectifs et des actions énumérés dans la COG, et de leur répartition entre les différentes fiches et les différents objectifs, n'est pas limpide. Pourquoi traiter de la régulation démographique des professions de santé en premier, avant la prévention? Pourquoi fixer à l'une des huit fiches portant sur la gestion du risque (la fiche 13) un titre « conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins » qui pourrait, ou devrait, être l'objectif stratégique clé de la COG et constituer le titre d'un axe de la COG?

Curieusement, le terme de gestion du risque n'apparaît pas dans le titre d'un axe spécifique de la COG mais seulement dans celui d'un chapitre de l'axe 3 (chapitre 2 : « conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins »). « Approfondir la gestion du risque » constituait le premier des cinq axes de la COG 2010-2013, lui-même décliné en sept programmes 10, et « placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé » était également le premier des quatre chapitres de la COG 2006-2009.

1.1.3.2 Des indicateurs imparfaits

- Un bon indicateur est un indicateur pertinent (c'est à dire cohérent avec l'objectif), utile, [43] solide et vérifiable, et en nombre limité¹¹.
- Sur les 70 indicateurs que comptent la COG, 32 concernent la gestion du risque. Les [44] problèmes relevés par la mission sont assez nombreux.
- Tout d'abord, le nombre des indicateurs conventionnels est élevé et en augmentation significative par rapport à la COG précédente, qui en comptait une vingtaine environ¹². Cela nuit à la clarté, à la compréhension et à la juste interprétation des indicateurs conventionnels, et nuit à leur pertinence opérationnelle et à leur impact pour le pilotage du réseau.
- Si le nombre d'indicateurs est globalement proportionné au nombre d'objectifs¹³, leur distribution est inégale : les objectifs de la fiche 14 n'en comportent, par exemple, aucun et la fiche 11 ne comporte, pour sa part, que des indicateurs de suivi.
- Au demeurant, le nombre d'indicateurs de suivi (16) est trop important par rapport à celui [47] des indicateurs de résultats (16), qui permettent de mesurer la performance. La précédente convention comptait une proportion plus satisfaisante de ces deux catégories d'indicateurs (quatre indicateurs de suivi et une quinzaine d'indicateurs de résultat ou « de réalisation des objectifs »).
- Il existe, au demeurant, une certaine confusion entre indicateurs de suivi et indicateurs de résultat dans la mesure notamment où certains indicateurs de suivi sont assortis de cible (cf. encadré 1 qui prend l'exemple des indicateurs associés à la fiche 4 de la COG).

L'exemple des indicateurs associés à la fiche 4 de la COG Encadré 1 :

La fiche 4 de la COG comprend trois indicateurs associés :

- Un indicateur de résultat assorti de cibles : indices de Gini de la distribution des médecins, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, pour lesquels des valeurs cibles sont fixés à l'horizon 2017 par comparaison avec des valeurs d'origine de 2013 ;
- Un indicateur de suivi assorti également de cibles : taux global de dépassement des médecins en secteur 2 défini comme le montant des dépassements totaux des médecins de secteur 1 DP et de secteur 2 sur le montant des honoraires remboursables totaux des médecins de secteur 1 DP et de secteur 2, avec une valeur cible en 2017 pour le secteur 2 de 49,1 % et une valeur cible intermédiaire annuelle de – 1,5 point par an ;
- Un indicateur de suivi simple, sans cible : le taux de recours au tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS, défini comme la part des montants remboursés en tiers payant pour les patients ACS sur l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes).

¹⁰ Dont l'un sur la fraude

¹¹ Exemple SMART = Spécifique, Mesurable, Acceptable et Ambitieux Réaliste, Temporellement définie

¹² Si l'on retient une acception étroite de la gestion du risque (hors fraudes et abus et accès aux soins par exemple), qui est celle du présent rapport.

¹³ Un indicateur pour un peu plus de deux objectifs environ en moyenne

- [49] La cohérence entre le choix des indicateurs et les priorités stratégiques de la COG n'est pas absolument évident : il ne semble pas y avoir de raison évidente qui explique l'attribution d'un indicateur à une action ou un objectif plutôt qu'à une ou un autre.
- [50] Les indicateurs de la maîtrise médicalisée, qui sont en pratique les plus importants pour le pilotage du réseau et sont déclinés annuellement CPAM par CPAM, ne font pas partie des indicateurs COG hormis un indicateur de résultat très général sur l'atteinte de l'ONDAM. Il existe, par ailleurs, un certain découplage entre les indicateurs COG et les indicateurs CPG alors qu'il devrait y avoir logiquement une grande congruence entre les deux.
- [51] En outre, certains indicateurs de résultat ne mesurent pas réellement la performance de l'assurance maladie elle-même car celle-ci ne dispose pas des outils et des leviers nécessaires pour atteindre la cible fixée (par exemple, l'indicateur de résultat sur les inégalités de répartition des professionnels de santé). Et d'autres indicateurs ne mesurent pas, en fait, l'action telle qu'elle est décrite (« nombre d'établissements équipés CDRi »). On note aussi que les résultats de certains indicateurs annuels ne sont disponibles que tardivement, ce qui nuit à leur portée pour le pilotage.
- [52] Enfin, la qualité de la cible fixée est parfois sujette à caution, notamment dans la mesure où plusieurs indicateurs ont vu leur cible évoluer en cours même de période conventionnelle (nombre de MSAP par an ; nombre d'adhésions tous volets à Prado ; nombre d'adhérents à Sophia).
- [53] Pour la prochaine COG, les indicateurs retenus, en priorité des indicateurs de résultat, devraient être choisis à l'aune des priorités stratégiques et devraient surtout porter sur l'impact de la gestion du risque et l'efficience de ses outils. Il serait, par ailleurs, opportun d'en limiter le nombre.

Recommandation n°1: Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficience de ses outils

1.1.3.3 Un suivi conventionnel trop limité

- [54] Le « suivi permanent des engagements » prévu par la COG (annexe 4) se traduit par une restitution annuelle fournie par la CNAMTS à la direction de la sécurité sociale, au printemps de l'année n+1. A la différence de ce qui se passe pour d'autres régimes, et compte tenu du nombre très élevé d'engagements et d'indicateurs, le suivi se traduit principalement par une présentation par la CNAMTS de ses principales actions mises en œuvre dans l'année et une analyse d'une partie des indicateurs.
- [55] Un tel processus ne permet pas une évaluation contradictoire précise et détaillée de l'atteinte des objectifs et des engagements pris ni l'organisation d'un réel bilan annuel de nature stratégique.
- [56] Les engagements de l'Etat ne semblent pas, pour leur part, faire l'objet d'un suivi ni d'une analyse contradictoire.
- [57] Sans surprise, dans ce contexte, les éléments de bilan dressés annuellement à l'attention des ministres par la direction de la sécurité sociale et par la direction du budget sont peu détaillés en matière de gestion du risque.
- [58] Cette situation n'est pas satisfaisante et devrait être corrigée à l'avenir, en instaurant, comme cela existe dans les autres branches, un processus annuel de suivi et d'évaluation exhaustif, quantifié et contradictoire de la mise en œuvre des engagements conventionnels.

1.2 Une gestion du risque qui s'essouffle

[59] Dans un contexte de fortes inefficiences du système de soins et de croissance tendancielle des dépenses d'assurance maladie supérieure à celle des recettes, les résultats de la politique de gestion du risque, initiée il y a déjà vingt ans au moment du plan Juppé, et plus particulièrement ceux de la maîtrise médicalisée, plafonnent depuis quelques années.

1.2.1 Un contexte de fortes inefficiences du système de santé et d'effet de ciseau entre dépenses et recettes de l'assurance maladie

1.2.1.1 De fortes inefficiences des systèmes de santé, encore trop mal connues dans le détail

- [60] Les inefficiences du système de soins sont manifestement très importantes dans les pays de l'OCDE comme en France.
- [61] Un rapport publié au début de l'année 2017 par l'OCDE¹⁴ souligne ainsi qu'une grande partie des dépenses de santé sont, au mieux, inefficaces ou, au pire, gaspillées. Selon une estimation qualifiée de prudente, le gaspillage¹⁵ représenterait plus de 20 % des dépenses totales de santé aux Etats-Unis, qui pourraient être réaffectées à des fins plus utiles.
- [62] L'OCDE considère qu'un patient sur dix, en moyenne, subirait un préjudice évitable pendant son traitement tandis que plus de 10 % des dépenses hospitalières seraient consacrées à réparer ces événements indésirables. Et selon ses travaux, beaucoup plus de patients encore recevraient des soins inutiles ou à faible valeur. Dans de nombreux cas, il serait donc possible d'obtenir les mêmes bénéfices médicaux, voire des bénéfices supérieurs, en réduisant les ressources employées.
- [63] Quatre raisons principales expliquent pourquoi les acteurs peuvent individuellement contribuer au gaspillage de ressources et à l'inefficience du système de soins : soit ils ne sont pas conscients du problème par défaut d'information ou habitude ; soit ils ne peuvent pas mieux faire car le système est mal organisé, mal géré ou mal coordonné ; soit ils risquent d'y perdre s'ils évitent le gaspillage ; soit ils choisissent délibérément de servir leurs propres intérêts au détriment du système 16.
- [64] Les constats dressés par l'OCDE valent également, bien entendu, pour la France qui a consacré 11% de son PIB à la santé en 2016, soit de l'ordre de trois points de plus que le Royaume-Uni ou la Finlande pour des indicateurs de santé très proches.
- [65] En dépit des progrès récents, notamment dans le cadre du rapport annuel « Charges et Produits » de la CNAMTS, ni l'assurance maladie ni l'Etat ne disposent malheureusement encore d'analyses suffisamment précises et nombreuses de l'ampleur et de l'origine des gisements d'inefficiences dans le système de santé français.

¹⁴ OCDE, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017. Rapport coordonné par Agnès Couffinhal.

¹⁵ Le « gaspillage » constitue, selon l'OCDE, une forme d'inefficience sans en être le synonyme. Le gaspillage recouvre les services et les processus qui sont dangereux ou qui ne produisent pas d'effet bénéfique et les coûts qui pourraient être évités par le recours à des solutions meilleur marché produisant des effets bénéfiques identiques voire supérieurs.

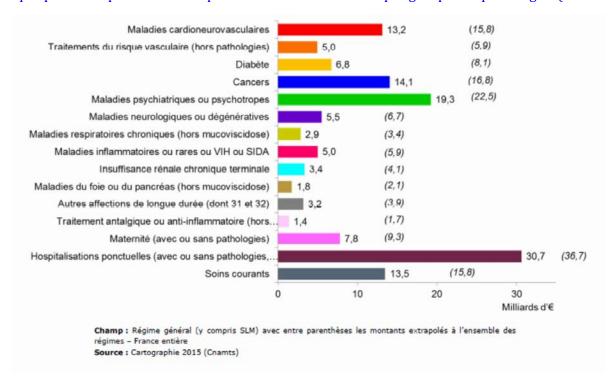
¹⁶ Il s'agit dans ce cas de comportements de fraudes et d'abus.

[66] A contrario, le récent atlas des variations des pratiques médicales¹⁷ est un apport très utile qui montre, par exemple, que les variations de pratiques sont omniprésentes et persistantes. Ainsi, en 2014, pour un taux de recours moyen à la chirurgie bariatrique au niveau national de 72 pour 100 000, toutes techniques chirurgicales confondues, les taux de recours standardisés variaient de 8 séjours pour 100 000 habitants en Guyane et 24 dans le Puy-de-Dôme à 170 en Haute-Corse et plus de 140 dans l'Yonne et l'Aube¹⁸.

[67] Ce type de travaux devrait être démultiplié et approfondi dans les années à venir par l'assurance maladie comme par l'Etat, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier¹⁹.

1.2.1.2 Un besoin annuel d'économies dû à l'effet de ciseau entre croissance structurelle des dépenses et des recettes de l'assurance maladie

[68] Les dépenses d'assurance maladie du régime général ont atteint 134 Mds € en 2015. Le dernier rapport « charges et produits » de la CNAMTS, qui vient d'être publié en juillet 2017, en donne la décomposition par pathologie prise en charge.



Graphique 1: Répartition des dépenses d'assurance maladie par groupes de pathologies (en 2015)

Source: CNAMTS

¹⁷ Morgane Le Bail, Zeynep Or (dir.), Atlas des variations de pratiques médicales – recours à dix pratiques chirurgicales, 2016

¹⁸ Il demeure que les variations de pratiques médicales ne tiennent pas seulement à des inefficiences mais peuvent également procéder de choix liés, par exemple, à la nature de l'offre. D'où l'importance d'en faire une analyse précise. ¹⁹ Cf. développements dans la partie 4.

- [69] Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent 60 % de la dépense d'assurance maladie mais concernent 35 % de la population, soit près de 20 millions de personnes pour le régime général ; à l'opposé, 55 % de la population ont reçu uniquement des soins qualifies de courants.
- [70] L'assurance maladie est confrontée, en pratique, au défi majeur de la progression tendancielle ou naturelle de ses dépenses de prestations, qui se situe à un rythme de l'ordre de 4 % par an, et qu'elle s'efforce de ramener à un niveau compatible avec l'évolution de leur financement, soit un peu plus de 2 % par an.
- [71] Les chiffres de la Commission des comptes de la sécurité sociale pour les années 2013 à 2017 illustrent cette dynamique tendancielle des dépenses, très marquée en 2017²⁰, et l'effet de ciseau qui existe avec l'évolution structurelle des recettes, peu ou prou indexée sur l'évolution de la masse salariale du secteur privé.

	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses maladie avant économies	+4,1 %	+3,8 %	+3,9 %	+3,6 %	+4,3 %
Objectif ONDAM fixé par la LFSS	+2,7 %	+2,5 %	+2,1 %	+1,75 %	+2,1 %
Dépenses dans le champ ONDAM	+2,2 %	+2,4 %	+2 %	+1,8 %	+2,1 % (provisoire)
Masse salariale du secteur privé	+1,2 %	+1,6 %	+1,7 %	+2,4 %	+2,7 %(provisoire)

Tableau 3 : Evolution des dépenses et recettes de l'assurance maladie (en %)

Source: Mission sur données CCSS, ACOSS et CNAMTS

- [72] C'est ainsi la réalisation de nouvelles mesures d'économies, chaque année, dans le cadre de l'ONDAM, au niveau attendu ou mieux au-dessus de ces attentes l'ONDAM a été sous-exécuté ces dernières années qui permet de réduire l'écart entre les dépenses tendancielles et les recettes de l'assurance maladie.
- [73] Cela passe par des actions dites de maîtrise médicalisée des dépenses, qui constitue une composante importante de la politique de gestion du risque et des objectifs assignés chaque année à l'assurance maladie.
- [74] En 2017, on peut considérer que la part de la gestion du risque dans les mesures d'économies ONDAM représente moins de 1,320 Mds € des 4,050 Mds € des mesures d'économie prévues, soit 45 %. Cette part regroupe au sein des quatre axes d'économies :
- l'efficacité de la dépense hospitalière avec le premier sous-thème (80 M€);
- les deux premiers sous-thèmes du virage ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge en établissement (410 M€);
- > une partie des économies sur les génériques et les bio-similaires au sein de l'axe produits de santé et promotion des génériques (130 M€);
- les deux sous-thèmes de maîtrise médicalisée de l'axe pertinence et bon usage des soins (700M).

²⁰ Selon le rapport de la Commission des Comptes, ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente et des tendances de moyen terme, ainsi que les mesures nouvelles de dépenses prévues par l'année considérée et les effets report des mesures mise en œuvre l'année précédente.

Tableau 4 : Mesures d'économie relatives à l'ONDAM 2017 (en M€)

Tableau I.2.2 • Tableau récapitulatif des mesures d'économies relative à l'ONDAM 2017 (en	M€)
Efficacité de la dépense hospitalière	845
Optimisation des dépenses des établissements	80
Optimisation des achats	505
Liste en sus	260
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	640
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	250
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230
Produits de santé et promotion des génériques	1430
Baisse de prix des médicaments	500
Promotion et développement des génériques	340
Tarifs des dispositifs médicaux	90
Biosimilaires	30
Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220
Remises	250
Pertinence et bon usage des soins	1135
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	380
Maîtrise médicalisée hors médicament	320
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
TOTAL	4050

Source: Annexe 7 du PLFSS pour 2017

1.2.2 Des résultats de la gestion du risque qui plafonnent

[75] Depuis douze ans, le taux apparent d'atteinte des économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses a été divisé par deux, passant de 130 % à 65 % comme le montre le tableau 5.

[76] Il est vrai que les économies attendues de la maîtrise médicalisée des dépenses ont été augmentées par les lois de financement de la sécurité sociale successives, de 450 M€ (en 2012) à 700 M€ (depuis 2015), c'est-à-dire de plus 55 % en trois ans, tout en restant dans des champs d'intervention identiques ou très proches et en mobilisant les mêmes outils. Mais le montant en valeur absolue des économies réalisées a atteint en 2014 comme en 2016 des montants particulièrement bas (460 M€).

[77] Cette dégradation des résultats de la maîtrise médicalisée conduit à s'interroger plus généralement sur les performances de l'assurance maladie dans le domaine de la gestion du risque.

Tableau 5 : Economies attendues et réalisées par la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie depuis 2005 (en M€)²¹

en M€	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Economies attendues	556	564	392	534	544	522	471	450	550	600	700	700	700
Economies réalisées	721	581	383	382	524	502	612	593	602	460	598	456	nd
Taux d'atteinte	130%	103%	98%	71%	96%	96%	130%	132%	109%	77%	85%	65%	nd

Source: CNAMTS 2017

24 11

 $^{^{21}}$ Il existe une différence de champ entre le tableau 4 et le tableau 5.

[78] Si l'on entre davantage dans le détail, trois périodes se distinguent au sein de la chronique de douze années débutant en 2005 :

- de 2005 à 2010, les économies prévues ont été réalisées autour de l'objectif, avec toutefois une année exceptionnelle de faible résultat (2008) au cours de laquelle l'environnement économique s'est dégradé brutalement et fortement;
- de 2011 à 2013, l'assurance maladie a, au contraire, dépassé les objectifs qui lui étaient fixés ;
- de 2014 à 2016 enfin, les résultats se sont essoufflés très sensiblement, l'assurance maladie étant clairement en-dessous de ses objectifs.

[79] S'agissant de 2016 plus particulièrement, aucun des sous-objectifs n'a été atteint, à la différence des années précédentes. Ils ont seulement été approchés s'agissant des produits de santé (392 M€ d'économie sur 430 M€) mais sont demeurés très éloignés sur les autres postes (indemnités journalières, transports, masseurs-kinésithérapeutes, biologie).

Tableau 6:	Principaux résultats détaillés de la maîtrise médicalisée des dépenses (en	M€)

Economies réalisées/objectifs	2013	2014	2015	2016
Produits de santé	294/320	374/370	374/425	392/430
IJ	100/100	4/100	54/100	24/100
Transports	152/70	56/65	47/75	11/75
M-Kinés	49/40	0/45	65/30	26/40
Biologie	0/10	24/20	56/30	4/30
Actes tous prescripteurs	9/10	-	1/30	0,2/25

Source : Mission sur données CNAMTS. Les domaines où les objectifs ont été atteints ou dépassés figurent en gras

[80] S'agissant des produits de santé :

- > sur les seize actions choisies en 2014, deux n'ont donné aucun résultat ou un résultat dérisoire et deux un résultat très inférieur à ce qui était attendu;
- sur les seize actions choisies en 2015, les chiffres correspondant étaient de quatre et de deux;
- > sur les quinze actions choisies en 2016, ils étaient de quatre et un.

[81] S'agissant des autres prescriptions, les résultats ont été erratiques et souvent très inférieurs aux attentes. C'est le cas pour deux postes sur quatre en 2014 et en 2015 et pour les quatre en 2016.

2 L'APPROCHE ACTUELLE DE LA GESTION DU RISQUE SE HEURTE A DES OBSTACLES PERSISTANTS

[82] Au cours de la période conventionnelle, l'Etat et l'assurance maladie ne sont pas parvenus à lever plusieurs obstacles structurels à une gestion efficace du risque, qui avaient déjà été soulevés par le rapport d'évaluation précédent.

[83] Il s'agit en particulier de l'imprécision de la notion de gestion du risque, du manque de lisibilité de l'architecture programmatique et contractuelle et des limites de l'organisation et du pilotage.

2.1 Une notion de gestion du risque qui est toujours trop imprécise

2.1.1 Une notion dont ni les objectifs ni le périmètre ne sont clairement définis

[84] Les pouvoirs publics ont promu la notion de gestion du risque lorsque les difficultés financières de l'assurance maladie ont grandi. C'est le plan Juppé en 1996 qui l'a introduite dans le code de la sécurité sociale sans toutefois en donner une définition précise.

[85] La notion a pris par la suite une place croissante dans les COG et les dispositifs législatifs. La loi du 9 août 2004 de réforme de l'assurance maladie en a fait ainsi une des missions de la CNAMTS²².

[86] Après des débats sur la responsabilité de son pilotage par les ARS ou par l'assurance maladie, la loi HPST du 21 juillet 2009 a conforté le rôle central de la gestion du risque pour l'assurance maladie tout en en faisant un domaine doublement partagé entre celle-ci et les ARS, et entre le niveau national et le niveau régional. Plus récemment, si la notion de gestion du risque est curieusement absente de la stratégie nationale de santé, elle est bien présente dans la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé.

[87] Sans disposer dans la relation avec les assurés des leviers contractuels et tarifaires pour équilibrer recettes et prestations, l'assurance maladie et l'Etat ont développé une approche spécifique appelée gestion du risque. Si cette notion n'a pas été définie dans les textes, de nombreux travaux ont permis de la préciser. C'est notamment le cas du rapport rédigé par l'IGAS en 2010 qui en donne la définition suivante²³: « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficience du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ».

[88] Dans le même ordre d'idées, les documents les plus récents de la CNAMTS²⁴ ont adopté une approche similaire : la gestion du risque « vise à optimiser le rapport qualité/prix de notre système de santé au bénéfice de tous ». Elle vise donc à obtenir un « juste soin au juste coût ».

[89] Malgré ces précisions sémantiques, les objectifs assignés à la gestion du risque ne sont toujours pas stabilisés, hésitant entre efficience du système de santé, économies sur l'ONDAM et qualité de soins, voire penchant vers un appauvrissement de la notion à la seule maîtrise des dépenses de santé.

²² Article L.211-1 du Code de la sécurité sociale.

²³ Pierre-Yves Bocquet et Michel Peltier, *Mission sur la gestion du risque*, IGAS, décembre 2010.

²⁴ Cf. par exemple le diaporama déjà cité supra de la DDGOS intitulé la gestion du risque, et daté de décembre 2016.

- [90] Au demeurant, le PNGDRESS, qui a pourtant vocation à unifier la gestion du risque entre l'Etat et l'assurance maladie, a récemment alimenté la confusion en introduisant, sans la préciser, une distinction sémantique entre gestion du risque et efficience du système de soins.
- [91] Par ailleurs, il n'existe toujours pas de tracé consensuel et clair des contours de la gestion du risque et son périmètre s'est élargi au fil des ans, tout en laissant des zones d'ombres ou d'incertitudes.
- [92] Alors que seule la lutte contre la fraude a fait l'objet d'une distinction claire du périmètre de la gestion du risque, la gestion du risque exerce un effet d'attraction sur de nombreux domaines au sein de l'assurance maladie.
- [93] Au niveau régional, le périmètre de la coordination de la gestion du risque s'est étendu ainsi depuis 2016 à l'important sujet de l'accès aux droits et aux soins des publics fragiles (Planir), qui n'en relève pas et qui, comme le précise le rapport de l'IGAS sur la qualité de service, est un échec. Sont cités aussi au gré des interlocuteurs comme appartenant à la gestion du risque : la gestion du contentieux, la mise en place du dossier médical partagé...
- [94] Cette extension relève de la confusion qui s'est progressivement établie au sein de l'assurance maladie entre objectifs et moyens, et qui a abouti à affaiblir sensiblement la vision stratégique au profit d'une logique de moyens. La présentation de la gestion du risque dans le rapport d'activités 2015 de la CNAMTS illustre cette approche qui, faute d'en identifier les buts, s'en tient aux leviers : maîtrise médicalisée, relations conventionnelles.
- [95] Comme a pu le constater la mission, les contours de la gestion du risque ne sont pas partagés entre ses acteurs, alors que le succès d'une politique repose sur la capacité d'en définir en premier lieu le contenu, avant les objectifs, les moyens, la mesure et l'évaluation des résultats.
- [96] Signe de sa difficulté à être appréhendée, la notion s'est faiblement diffusée dans les établissements de santé, chez les professionnels de santé et chez les assurés qui la confondent avec celle de « gestion des risques » ou bien de « gestion du risque de sécurité sanitaire ».

Recommandation n°2 : Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance maladie et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires

2.1.2 Une prévention insuffisamment intégrée à la gestion du risque

- [97] Si la responsabilité principale de la mise en œuvre des actions de prévention relève des ARS, l'assurance maladie en est toutefois l'un des acteurs majeurs avec les associations, l'agence Santé publique France, les réseaux des départements ministériels (travail, éducation nationale, environnement...), les mairies et départements et, bien sûr, les professionnels de santé et les assurés. Forte de ses relations avec les professionnels de santé, l'assurance maladie peut en effet mobiliser des moyens et des leviers significatifs : campagnes de communication et d'accompagnement, ROSP applicable à compter de 2017 sensiblement renouvelée sur ce sujet, propositions d'examens aux assurés...
- [98] Pourtant, la politique et les actions de prévention, qui ne devraient pas être exemptées d'efforts d'efficience, ne sont toujours pas suffisamment des parties intégrantes de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie. Elle n'était, au demeurant, pas dans le ressort de la compétence des DCGDR jusqu'à la lettre réseau de février 2016.

[99] La CNAMTS a toutefois l'ambition de remédier à ce problème. Elle a bien conscience aujourd'hui que la prévention s'inscrit bien pleinement dans la gestion du risque. Elle sait qu'il lui faut pour ce faire « désiloter » sa gestion, en interne au regard notamment de l'action de ses centres d'examens de santé (CES) et, en externe, en développant des partenariats, de façon que les moyens dédiés à la prévention permettent d'inscrire les patients dans les parcours de soins accroissant l'implication des médecins traitants.

[100] Après avoir réalisé en mai 2016 une enquête auprès de la totalité du réseau sur l'organisation, les moyens mis en œuvre et les actions menées au niveau local financées sur ou hors FNPEIS, dont les crédits sont sous-consommés, l'assurance maladie a le projet d'un plan national de prévention permettant notamment aux régions de choisir quelques priorités. Cette démarche doit être reliée avec l'introduction des plans régionaux de gestion du risque. Il est, en effet, indispensable pour la cohérence de l'action de la gestion du risque et de celle de la gestion régionale que la prévention constitue un des volets de ces plans régionaux.

2.2 Une architecture programmatique et contractuelle qui n'est pas assez lisible

[101] L'une des caractéristiques importantes et des limites reconnues de notre système de santé tient à la ligne de partage persistante entre l'assurance maladie d'une part, responsable de la régulation et du financement des soins de ville, et l'Etat d'autre part, responsable de l'hôpital.

[102] Les efforts des pouvoirs publics se sont notamment portés dans ce domaine dans trois directions :

- la définition d'objectifs clairs pour tous les acteurs du système de santé (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, stratégie nationale de santé en 2013...);
- une meilleure structuration de la régulation ambulatoire sous l'égide de l'assurance maladie (conventions d'objectifs et de gestion en 1996, renforcement des compétences de la CNAMTS et création de l'UNCAM en 2004...);
- la mise en place d'un pilotage national coordonné de la gestion du risque (contrat Etat-UNCAM créé par la loi HPST du 21 juillet 2009 et ayant pour objet de fixer pour quatre ans les priorités de gestion du risque et de préciser les engagements de l'Etat et de l'assurance maladie...).

[103] La période conventionnelle sous revue, marquée tout particulièrement par l'adoption du plan ONDAM 2015-2017 dans le cadre du pacte de responsabilité et de stabilité puis du Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2016-2017, a permis de structurer plus clairement l'action de l'Etat, de l'assurance maladie et conjointement des deux opérateurs. Néanmoins, elle n'a pas mis un terme, bien au contraire, à l'inflation des documents contractuels ni aux faiblesses de leur architecture que critiquait déjà la mission précédente de l'IGAS.

2.2.1 Une architecture complexe

[104] L'architecture de la gestion du risque repose, outre la COG Etat-CNAMTS et les CPG entre la CNAMTS et les CPAM d'une part et la CNAMTS et les directions régionales du service médical (DRSM) d'autre part, sur des documents programmatiques et contractuels foisonnants tant au plan national qu'au plan local.

2.2.1.1 Au plan national

[105] Jusqu'il y a quelques années, les orientations de la gestion du risque étaient principalement déterminées par deux documents :

- la COG Etat-CNAMTS qui, depuis l'origine, comporte des objectifs et des engagements pluriannuels dans le domaine de la gestion du risque en plus de ceux qui concernent la production et la gestion administrative. La COG est, elle-même, déclinée dans un projet d'entreprise à l'intention de l'ensemble des salariés de la branche, qui en reprend les actions et en développe le contenu opérationnel;
- les lois annuelles de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui déterminent chaque année, depuis 1997, le niveau de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de ses sous-objectifs et prévoient les mesures, notamment de gestion du risque, qui permettent de le respecter. Des révisions substantielles de la COG induites par une LFSS devraient conduire à un avenant à la convention mais, en pratique, ce cas de figure ne s'est jamais présenté.

[106] Trois autres documents fixent également, au plan national, le cadre des orientations de la gestion du risque pour l'assurance maladie comme pour l'Etat :

- depuis 2013, la stratégie nationale de santé (SNS) qui avait pour ambition de fixer un cap au système de santé dans son ensemble et de mobiliser tous les acteurs de la santé, en mettant en place une organisation adaptée du système de soins tout en respectant le cadrage global des dépenses publiques. Elle n'a, en pratique, pas trouvé réellement sa place dans le dispositif. Mais, à la demande de la ministre de la santé, une nouvelle stratégie nationale, opposable, devrait être élaborée pour la fin de l'année 2017;
- depuis 2015, le plan ONDAM qui porte toutes les actions nécessaires pour tenir l'ONDAM, que les actions relèvent du niveau national ou du niveau régional, de l'assurance maladie, des agences régionales de santé ou d'autres acteurs. Le plan ONDAM actuel est d'une durée de trois ans (2015-2017) et la durée du prochain plan ONDAM n'est pas encore arbitrée;
- depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : le PNGDRESS qui définit les objectifs pluriannuels de gestion du risque et ceux relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM. Il a pour objet d'améliorer les performances du système de santé et de maîtriser l'évolution des dépenses conformément au plan ONDAM.

[107] Aucun des projets de ces trois documents, dont l'articulation est complexe, n'était disponible au moment de la rédaction du présent rapport. L'élaboration de la COG devrait pourtant en découler de leur rédaction et non pas les précéder.

[108] Le PNGDRESS est structuré autour de quatre orientations²⁵ et de douze programmes ou blocs opérationnels, définis par le comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins (CNGDRESS), composé de représentants de l'assurance maladie²⁶ et du Ministère de la santé (DSS, DGOS, DGCS, SG et un directeur général d'ARS), dont quatre à déclinaison régionale assurance maladie, quatre à déclinaison régionale ARS et quatre à déclinaison régionale partagée ARS et assurance maladie.

_

²⁵ Améliorer la pertinence des actes prescrits et diffuser les recommandations de bon usage pour réduire les soins et prescriptions redondants et inadéquats ; accompagner le virage ambulatoire en adaptant mieux les prises en charge, en aidant aux changements de pratique tout en appuyant les patients, les établissements et les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ; améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière pour pérenniser la qualité de service et préserver la santé financière des établissements ; promouvoir la prescription des génériques et poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

²⁶ CNAMTS, MSA et RSI

Tableau 7 : Répartition de la responsabilité des douze programmes de gestion du risque du PNGDRESS

Responsabilité	Assurance maladie (DCGDR)	Partagée assurance maladie et ARS	ARS
Programmes	Prescription des indemnités journalières	Virage ambulatoire et impact capacitaire	Maîtrise de la masse salariale (dans les établissements publics de santé)
	Transports prescrits en ville	Transports prescrits à l'hôpital	PHARE (achats dans les établissements publics de santé)
	Médicaments prescrits en ville	Médicaments prescrits à l'hôpital (LES, PHEV)	Développement des GHT
	Autres prescriptions (biologie, DM, imagerie, paramédicaux)	Pertinence des actes	Aide aux établissements de santé en difficulté et optimisation des enveloppes

Source: CNAMTS et Etat

[109] Enfin, une troisième catégorie de documents revêt une importance évidente dans le domaine de la gestion du risque : les conventions conclues entre la CNAMTS et les professionnels de santé, et en particulier les médecins libéraux.

[110] Depuis 2004, les thématiques et le contenu de ces conventions se sont progressivement enrichies en intégrant des préoccupations de santé publique, de régulation de l'offre de soins mais aussi de gestion du risque²⁷. La dernière convention avec les médecins libéraux signée pour la période 2016-2021, contient ainsi une série de dispositions importantes dans ce domaine. Son titre III porte ainsi en particulier sur la valorisation de la qualité des pratiques médicales et sur l'efficience du système de soins.

Encadré 2 : Extrait de la convention médicale du 25 août 2016 – Titre III

Les signataires réaffirment « leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses dans le cadre fixé par la loi de financement de la sécurité sociale ».

La convention prévoit les modalités d'appui ou de participation des médecins à des programmes comme Prado ou Sophia et aussi la poursuite de l'évolution de leur rémunération vers une rémunération mixte qui maintienne le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques « mais qui prenne aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins ».

2.2.1.2 Au plan local

[111] Au plan local, les documents programmatiques et contractuels pluriannuels s'imposant à l'assurance maladie et aux ARS, qui ont une compétence générale « pour répondre aux besoins en matière de soins et de services socio-médicaux et garantir l'efficacité du système de santé », sont également nombreux.

²⁷ Cour des Comptes, Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé, Juin 2014.

Encadré 3 : Les principaux documents programmatiques au plan local

Le projet régional de santé (PRS) : c'est l'outil stratégique en principe unifié de la politique régionale de santé à l'horizon de cinq ans, qui s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale. Une nouvelle génération de PRS est en cours d'élaboration.

Le plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PPRGDRESS) : institué en 2016, il est fixé par le directeur général de l'ARS après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'assurance maladie, et est la déclinaison dans chaque région du PNGDRESS tout en pouvant comporter des actions complémentaires. On relève par exemple des actions complémentaires régionales en matière d'efficience des EHPAD (Ile de France), d'organisation du recours au système de santé dans une logique d'efficience (Bretagne), d'optimisation de l'articulation entre les acteurs de l'ambulatoire et de l'hôpital (Auvergne-Rhône Alpes).

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) : institué par la LFSS 2015, il qui fixe pour la période 2016-2019 le cadre des actions régionales pour l'amélioration de la pertinence des soins.

[112] Par ailleurs, un plan national des actions de maîtrise médicalisé est diffusé en début de chaque année par la CNAMTS : il décrit les thèmes, les actions, le calendrier prévisionnel, le vecteur pressenti et le type et le volume de prescripteurs ou effecteurs concernés. Sa déclinaison par CPAM permet de déterminer les objectifs annuels assignés à chacune d'entre elles.

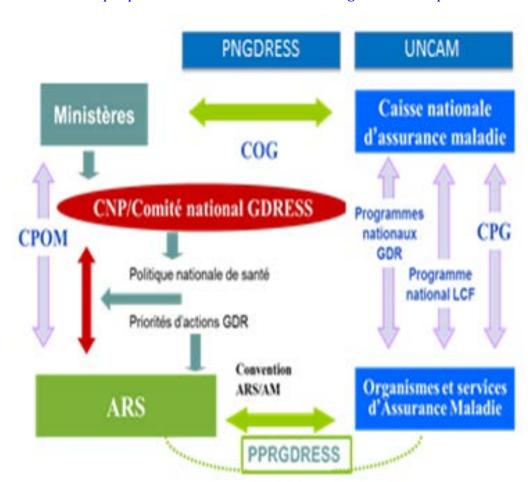
[113] Le pilotage par la CNAMTS et par l'Etat de leurs structures locales (CPAM et DRSM d'une part, ARS d'autre part) est assuré, pour sa part, par l'entremise de deux documents contractuels clés :

- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'Etat et chaque ARS, dont la deuxième génération a été signée pour les années 2015 ou 2016 à 2018. Son premier objectif prioritaire porte sur la « maîtrise des dépenses et le renforcement de la performance médico-économique des acteurs de santé » ;
- le contrat pluriannuel de gestion (CPG), signé entre la CNAMTS et chaque CPAM, ainsi qu'entre la CNAMTS et chaque DRSM, et qui décline la COG y compris, bien entendu, dans le domaine de la gestion du risque. Des objectifs quantifiés de maîtrise médicalisée sont adressés, et mis à jour, chaque année à chaque CPAM et DRSM, en déclinaison du plan national (cf. supra).

[114] Les modalités de travail en commun et de collaboration entre l'assurance maladie et l'Etat dans la région sont elles-mêmes réglées par deux conventions :

- une convention entre l'ARS et chacun des régimes d'assurance maladie de la région portant sur l'ensemble des domaines de leur collaboration, et qui détermine pour cinq ans leurs modalités de travail commun;
- une convention spécifique à la gestion du risque et à l'efficience du système de soins, sur la base d'un contrat-type, conclue pour deux ans entre le directeur général de l'ARS et le représentant en région des régimes d'assurance maladie, désigné par le directeur général de l'UNCAM. Elle décrit les conditions de mise en œuvre du PPRGDRESS ainsi que les éventuelles actions régionales complémentaires spécifiques.

- [115] Au total, il existe désormais beaucoup trop de documents programmatiques et contractuels au plan national (SNS, Plan ONDAM, PNGDRESS, COG, plan annuel de maîtrise médicalisée, LFSS...) et surtout au plan local. En France métropolitaine, ce sont près de deux cents documents (122 CPG, 26 conventions ARS/assurance maladie, 13 PRS, 13 PPRGDRESSS, 13 PAPRAPS, 13 CPOM...) qui sont élaborés, négociés et suivis par les services de l'assurance maladie et de l'Etat.
- [116] Ce foisonnement comme la multiplication des indicateurs associés consomment beaucoup de temps des services de l'assurance maladie et de l'Etat. Certains documents ont, par ailleurs, une assez faible valeur ajoutée. C'est notamment le cas des conventions entre ARS et l'assurance maladie au plan régional qu'il serait opportun de supprimer au profit de discussions directes dans le cadre des instances régionales communes et de simples relevés de décisions.
- [117] Le graphique ci-dessous, élaboré par la DCGDR de la Loire-Atlantique, rend compte, de façon résumée, de cette complexité de l'architecture nationale et locale de la gestion du risque



Graphique 2 : Architecture résumée de la gestion du risque

Source: Assurance maladie

2.2.2 Une architecture manquant de cohérence

[118] L'architecture programmatique et contractuelle soulève une série de problèmes de cohérence, dont on peut souligner plusieurs exemples.

[119] L'articulation entre stratégie nationale de santé, plan ONDAM, PNGDRESS et COG est imparfaite à plusieurs égards²⁸:

- la stratégie nationale de santé, qui constitue en principe le cadre de l'action de tous les acteurs de santé, n'était jusqu'à présent pas juridiquement opposable et ne comportait aucune référence au concept de gestion du risque²⁹;
- le PNGDRESS, qui détermine en principe les priorités de gestion du risque de l'assurance maladie et de l'Etat, est d'une durée de deux ans seulement alors que la durée de la COG est de quatre ans et le plan ONDAM d'une durée de trois ans³⁰. Le prochain cycle qui s'ouvre devrait conduire à aligner la durée de la COG et celle du PNGDRESS, et dans l'idéal aussi du plan ONDAM, et d'articuler étroitement le contenu de ces différents documents.

<u>Recommandation n°3</u>: Adopter un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins et un plan ONDAM cohérents avec une stratégie nationale de santé opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-CNAMTS

[120] La COG 2014-2017 a précédé le plan ONDAM puis le PNGDRESS 2016-2017 et demeure donc mal articulé avec lui.

[121] A l'avenir, la partie consacrée à la gestion du risque de la prochaine COG devrait être recentrée sur la politique de prévention, l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque.

<u>Recommandation n°4:</u> Consacrer la partie de la COG relative à la gestion du risque à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque

[122] Si, dans sa dimension efficience et qualité de service, la COG a une réelle fonction structurante tant au niveau national que dans l'activité du réseau de l'assurance maladie, tel n'est plus le cas dans sa dimension de gestion du risque.

[123] Cela est lié à trois facteurs principaux :

la complexité croissante de l'architecture de la gestion du risque décrite supra. L'amoncellement de documents programmatiques et contractuels a conduit à diluer le rôle directeur de la COG;

²⁸ Tel est également le cas de l'articulation entre plan ONDAM, PNGDRESSS, COG et conventions avec les professions de santé, en particulier les médecins. Des efforts de plus grande cohérence, notamment temporelle mais aussi sur le fond, devraient être poursuivis.

²⁹ La stratégie nationale de santé renvoie à la gestion <u>des</u> risques sanitaires, qui concerne le domaine de la sécurité sanitaire et pas l'efficience ni la qualité des soins. Il conviendrait d'éviter cette ambiguïté à l'occasion de l'élaboration de la prochaine stratégie nationale.

 $^{^{30}}$ L'allongement à cinq ans de la durée du prochain plan ONDAM était en discussion au moment de la rédaction du présent rapport.

- l'adoption du plan ONDAM puis du PNGDRESS, après la signature de la COG 2014-2017 et sans révision par avenant de cette dernière. Le PNGDRESS et ses douze programmes constituent désormais la feuille de route structurante de l'action de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de gestion du risque et ont en quelque sorte effacé, ou à tout le moins grandement minoré, le caractère structurant de la COG;
- le découplage entre les objectifs quantitatifs annuels de maîtrise médicalisée fixés sur la base de l'ONDAM et déclinés ensuite annuellement dans des objectifs pour chaque CPAM, qui demeurent très structurants, et les objectifs fixés par la COG qui sont sans lien direct avec l'atteinte de l'ONDAM annuel.

[124] Au plan local, les contrats pluriannuels de gestion des CPAM et des DRSM et les CPOM des ARS ne sont pas encore non plus, aux dires des acteurs de terrain, suffisamment articulés. C'est évident en matière de calendriers, qui divergent (2014-2017 pour les CPG; 2016-2018 pour les CPOM).

[125] Il conviendrait désormais d'assurer la cohérence de la temporalité et du contenu en matière de gestion du risque entre la nouvelle génération des contrats pluriannuels de gestion (CPG) des CPAM et des DRSM et les CPOM des ARS.

2.3 Une organisation et un pilotage encore insatisfaisants

[126] Depuis une dizaine d'années, la CNAMTS a fait de gros progrès en matière d'organisation et de pilotage de son réseau en matière de gestion du risque comme les visites de terrain de la mission ont permis de le montrer.

[127] Il demeure toutefois une série de domaines pour lesquels des améliorations sont souhaitables.

2.3.1 Une organisation de l'assurance maladie plus lisible au plan régional qu'au plan national

[128] Au plan national, l'organisation de la CNAMTS dissocie la conception et la mise en œuvre de la gestion du risque : la conception relève de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) et la mise en œuvre de la direction déléguée aux opérations (DDO) :

- ➤ la DDGOS est une direction de 317 personnes dont 163 interviennent dans le domaine de la gestion du risque;
- > au sein de la DDO, la mise en œuvre relève de la direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque, soit 16 personnes regroupées en deux départements.

[129] Cette répartition des rôles entre DDGOS et DDO n'est pas toujours évidente vue du réseau mais la création d'une direction métier unique au siège ne s'impose pas.

[130] La gestion du risque mobilise également d'autres services de la caisse nationale dont la majeure partie de la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES), soit 86 personnes, la direction déléguée aux services d'information et la mission des relations européennes et internationales et de la coopération.

[131] La DDGOS et surtout la DDO assurent le lien avec le réseau, s'agissant des travaux de conception des différentes de composante de la gestion du risque pour la DDGOS, et s'agissant du pilotage des services administratifs –DCGDR et CPAM- et des services médicaux –DRSM- et la transversalité de l'action pour la DMGR/DDO. La direction générale, pour sa part, préside l'instance d'animation du réseau des DCGDR et les instances internes de suivi et de déploiement du plan annuel des actions de maîtrise des dépenses.

[132] Au niveau régional, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (DCGDR), créé en 2006, fait l'interface avec les directions du siège de la CNAMTS, et en premier lieu la DDO, mobilise les ressources et les compétences administratives et médicales du réseau dans les CPAM et les DRSM, assure le lien avec les ARS et gère les relations avec la mutualité sociale agricole (MSA) et le RSI.

[133] Le DCGDR, nommé pour la durée de la COG, reçoit une lettre de mission du directeur général de la CNAMTS. La fonction est assumée soit par le directeur de la CPAM du chef-lieu de la région ou le directeur de la CGSS (12) soit par un DRSM (5).

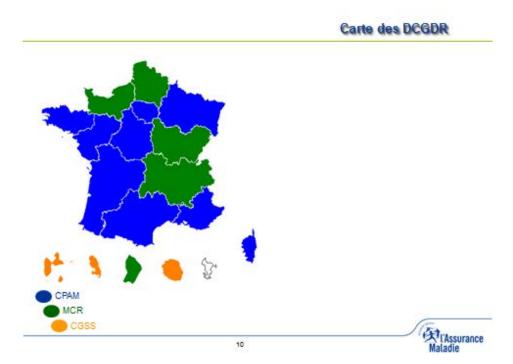


Schéma 1 : Cartographie des DCGDR

Source: CNAMTS - DDO

[134] Le rôle de coordination des DCGDR a été renforcé en 2016³¹. Les missions essentielles sont demeurées et ont été intensifiées dans le domaine de la gestion du risque : maîtrise des dépenses de soins, plan triennal pour l'efficience et la performance du système de soins... Elles se sont élargies à d'autres thématiques : relations et contacts avec les professionnels de santé (instances conventionnelles régionales, URPS...), relations et contacts avec les établissements de santé en lien avec les ARS (mise en œuvre des blocs partagés du plan ONDAM, dialogues de gestion et campagne d'accompagnement, participation à la conception et à la mise en œuvre des PPRGDRESS, association à l'élaboration et à la mise en œuvre des PPRAS et des PRS), services en santé (Prado, Sophia et

³¹ Cf. lettre réseau-DDGOS du 29 février 2016.

Santé active), actions de prévention, gestion du risque de la réparation en AT/MP, dispositifs de soutien à l'accès aux soins des publics fragiles.

[135] L'extension à ce dernier domaine a affaibli le schéma en donnant à la délégation un rôle sur un sujet qui ne relève en rien de la gestion du risque.

2.3.2 Un travail en commun entre l'Etat et l'assurance maladie qui doit encore progresser

[136] Plan ONDAM, PNGDRESS, et leurs déclinaisons locales (avenant annuel des CPG sur la maitrise médicalisée) et régionales (PPRGDRESS) ont constitué des avancées significatives dans le pilotage de la gestion du risque et dans la relation entre l'assurance maladie et les ARS, en définissant les champs d'activité des deux réseaux, leurs « zones de spécialisation » en quelque sorte, pour reprendre une expression du directeur général de la CNAMTS, et leur domaine partagé.

[137] Des chevauchements persistent toutefois, comme en matière de structuration du domaine ambulatoire (maisons de santé pluri-professionnelles...), qui nécessiteraient de poursuivre la clarification des responsabilités de l'assurance maladie et des ARS.

[138] Toutefois, le pilotage national conjoint du PNGDRESS par le comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins (ex-CNP) a toujours une portée très limitée. Une seule réunion de ce comité s'est tenue, en 2016. Il devrait devenir une instance de partenariat entre CNAMTS et directions ministérielles, filtrer les instructions aux réseaux et se mettre en situation de produire des instructions conjointes annuelles aux deux réseaux sur ce qu'il est attendu comme travail commun pour mettre en œuvre le PNGDRESS et sa déclinaison régionale et vérifier que les moyens en sont disponibles et les leviers adaptés.

[139] Cela tient notamment au fait que la gestion du risque mobilise un tout petit nombre d'intervenants au sein du ministère : un peu plus de deux ETP à la DSS essentiellement au sein d'une mission dédiée ; moins de deux ETP au Secrétariat général comme à la DGOS et à la DGS. La faiblesse des moyens disponibles, surtout à la DSS, ne permet pas au pilotage national d'être suffisamment actif. Des séminaires nationaux associant ARS (directeur responsable en son sein) et responsable de la cellule gestion du risque en région pour l'assurance maladie sont toutefois organisés par le ministère et la DDGOS de la CNAMTS³².

[140] Au niveau régional, les relations DCGDR/ARS ont une efficacité variable selon les régions et le rôle des deux réseaux comme le travail attendu en commun doivent être précisés.

[141] Les moyens mobilisés sur le terrain de part et d'autre pour la gestion du risque sont très inégaux au vu notamment du format des deux réseaux : ils étaient ainsi dans un rapport d'un peu plus de 1 à 100 en 2016, sans que l'on puisse être assuré de l'application d'une définition homogène de la gestion du risque notamment au regard du champ des douze programmes du PNGDRESS.

[142] A noter toutefois que les ARS, dans le contexte d'une réduction globale de leurs effectifs, ont maintenu les moyens dédiés à la gestion du risque, tout en les concentrant dans le domaine des établissements de santé (près des 2/3 des ETP en 2016).

- 36 -

³² Parmi les thèmes récents figurent les produits de santé ou les transports

Tableau 8 : Effectifs dédiés à la gestion du risque dans les ARS

Effectifs gestion du risque/Plan triennal – en ETP	2014	2016 Evolution projetée sur résultats partiels	Evolution 2016/2014
Pilotage	25	19	
Soins hospitaliers	32	46	
Soins ambulatoires	6	4	
Médico-social	11	4	
Total	74	73	-1,4 %
Effectif total des ARS	8 952	8 618	-3,7 %
gestion du risque/ARS	0,8 %	0,8 %	

Source: Mission sur données Secrétariat général ministère des solidarités et de la santé.

- [143] La fusion des ARS dans les sept nouvelles régions administratives a sensiblement perturbé celles-ci en 2016 et logiquement ralenti le travail en commun avec l'assurance maladie.
- Une vigilance doit particulièrement s'attacher à l'existence d'interlocuteurs pour les CPAM dans chacune des délégations territoriales des agences et dans les CPAM de taille modeste pour les agences. La nouvelle répartition des effectifs, associée à un turn-over significatif, fait que cela n'est plus ou pourrait ne plus être le cas partout. De plus, le degré d'implication peut être significatif au niveau des ARS mais nettement plus faible au niveau de certaines délégations départementales. Il en est de même du côté des DCGDR et des CPAM. Celles-ci sont ainsi appelées à investir plus fortement la relation avec les établissements de santé.
- [145] Le travail en commun entre l'assurance maladie et les ARS a fait des progrès avec le temps. Mais on ne peut dire qu'il est encore évident pour toutes les structures. Il demeure encore trop dépendant des personnalités et donc variable selon les régions. Les relations de travail peuvent être filtrées par les deux hiérarchies. Les différences de culture restent marquées. Le dialogue peut être bon mais le travail commun réel n'est pas assez développé.
- [146] Au-delà des personnes, il existe au moins deux approches différentes de la politique de gestion du risque/santé à l'échelon régional à l'œuvre sur le terrain, une approche plus girondine du côté de l'Etat et une approche plus jacobine du côté de l'assurance maladie.
- La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de la santé publique a cru bon de poser un nouveau cadre conventionnel et de renouveler la comitologie de la gestion du risque. Or cette comitologie est plus informative qu'opérationnelle s'agissant au moins des réunions plénières du comité régional qui peinent à jouer leur rôle stratégique. Les réunions restreintes du comité, le comité technique de coordination et les groupes de travail thématiques apparaissent plus productifs et opérationnels. Comme il a été dit plus haut, les conventions bilatérales n'ont pas de valeur ajoutée.
- [148] La construction des PRGDRESS et leur mise en œuvre sont des enjeux essentiels. La participation de l'assurance maladie à la construction des PRAPS et des PRS s'organise à des degrés divers sur le territoire.
- [149] Les interventions de l'assurance maladie et des ARS dans les établissements de santé s'articulent en fonction des objectifs et des moyens : à l'ARS le dialogue avec la direction (revue de CPOM, essentiel du dialogue de gestion); à l'assurance maladie la rencontre avec les services

(participation au conseil de surveillance, au CME sur invitation, au dialogue de gestion, visites des DAM et des MC, définition de plans d'action).

[150] Les dialogues de gestion avec les établissements de santé sont inégalement investis par les CPAM. La CNAMTS pourrait utilement formaliser le rôle attendu des caisses en la matière.

[151] Au terme de cette analyse, la mise en place d'un dialogue de gestion annuel sur la gestion du risque, conduit sur la base d'une consolidation régionale des résultats de la partie gestion du risque des CPG des CPAM et des DRSM s'agissant de l'assurance maladie, et des résultats de la partie gestion du risque des CPOM pour les ARS, associant ministère (secrétaire général et directeur de la sécurité sociale, directeur général de l'organisation des soins, directeur général de la santé), directeur de la CNAMTS, DCGDR et directeurs d'ARS, serait très opportune. Elle constituerait un sous-ensemble des dix-sept dialogues de gestion annuels concernant les ARS qui sont organisés par le secrétariat général du ministère, un sous-ensemble mobilisant le temps nécessaire à un dialogue structuré et de qualité.

Recommandation n°5: Mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur la gestion du risque

[152] Malgré de rares initiatives locales, ARS et assurance maladie coopèrent peu en matière d'exploitation des données de santé. L'ouverture du SNDS devrait résoudre une partie de ces difficultés en autonomisant l'accès des ARS. Cependant, l'esprit de coopération concrétisé dans le PNGDRESS doit trouver à s'exprimer en matière d'utilisation des données, ce d'autant que le développement des parcours de soins imposent une approche commune ARS / assurance maladie autour d'une analyse partagée des situations et des résultats.

[153] Il convient de créer dans toutes les régions des cellules communes d'analyse des données réunissant assurance maladie et ARS. Il existe déjà au moins en Ile-de-France et en Bretagne. La Bourgogne et d'autres régions sans doute en avaient eu aussi l'idée.

2.3.3 Un pilotage de la CNAMTS indispensable mais incomplet et trop directif

[154] Le pilotage de la gestion du risque et de sa mise en œuvre par un réseau de 102 caisses et de 17 DRSM métropolitaines par la CNAMTS apparaît au premier abord très étroit. Le degré d'intégration de la branche dans ce domaine est heureusement nettement supérieur à ce qu'il était avant l'impulsion d'une politique nationale de gestion du risque à compter de 2004. Les manifestations d'autonomie des CPAM et, plus rarement, de l'ancienne prééminence donnée à la production (accueil des assurés et service des prestations) n'ont toutefois pas entièrement disparues.

[155] L'action de la CNAMTS est à la fois indispensable mais incomplète et trop directive.

[156] Indispensable en premier lieu, et par là attendue et bienvenue, car le réseau considère que la gestion du risque est le fer de lance de la politique de l'assurance maladie, le domaine où les résultats de la branche et de son réseau sont annuellement les plus attendus et les plus commentés, le domaine où se joue largement son présent et son avenir. Indispensable car le succès de la gestion du risque est fondé sur un investissement en conception que seule la caisse nationale peut porter et assumer. Indispensable car une des conditions du succès de la gestion du risque est d'être conçue et conduite sur le plan national en assurant une relation homogène et cohérente avec les acteurs concernés sur tout le territoire : professions de santé, établissements de soins et assurés.

- D'où l'importance de la qualité et de la densité des relations entre caisse nationale et DGCDR. Les directeurs coordonnateurs sont réunis cinq à six fois par an. Leur représentation y est personnelle. Ils participent à la fixation de l'ordre du jour avec les directions de la caisse nationale. Des temps d'échanges réels existent pendant les réunions mais l'ordre du jour nourrit quand même beaucoup d'informations descendantes. Ils tentent de s'organiser pour nourrir un dialogue constructif avec le directeur général. A ainsi été porté en novembre 2016 un document portant vingt-et-une propositions et, en février 2017, un projet de plan régional de la gestion du risque. Les réunions techniques réunissant aussi cinq fois par an les responsables des cellules régionales participent fortement de cette gouvernance : elles sont très attendues par le réseau.
- [158] Incomplète en second lieu car le réseau pointe plusieurs limites à l'action de la CNAMTS.
- [159] Ainsi, l'équipe nationale de pilotage des DCGDR ne dispose pas assez de moyens humains et d'outils : moins de deux ETP au sein du département des opérations de gestion du risque, DMGR/DDO.
- [160] Les délais d'attente de réponses aux nombreuses questions posées à la caisse nationale sont trop élevés, ce qui nuit à la cohérence de l'action menée sur le territoire. Un manque criant d'outil collaboratif est aussi souligné : il y a beaucoup de fichiers dont il faut prendre connaissance et qu'il faut traiter avec un simple outil de dépôt. Toutefois, une adresse de share-point est disponible depuis peu et la co-construction d'un outil collaboratif enfin lancée.
- [161] La CNAMTS est, par ailleurs, dans une attitude trop passive vis-à-vis des remontées du réseau. Il est attendu qu'elle structure une action nationale de veille qui est, pour l'instant, dispersée dans au moins quatre départements de la caisse nationale. Le ressenti est le même quant à l'implication insuffisante de la caisse nationale dans la diffusion de l'innovation, notamment en termes d'outils locaux, des bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables qui se multiplient inutilement sur les mêmes sujets. Une mise en réseau des compétences sur tous ces sujets par la caisse nationale aiderait à régler ces problèmes. Le recueil des actions vient de commencer (« Innov 65 ») et le projet Store- recueil/partage des outils locaux est toujours balbutiant en matière de gestion du risque. On rejoint ici la question des moyens sus-évoqués.
- [162] Il y a donc lieu d'améliorer le pilotage des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables, ce renforcement se faisant à moyens constants, comme le réseau le pratique dans d'autres domaines avec un processus de labellisation (voir rapport de l'IGAS sur la qualité de service).

<u>Recommandation n°6:</u> Améliorer le pilotage par la CNAMTS des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables

[163] Une caisse nationale enfin trop directive: les acteurs locaux souhaiteraient disposer de plus d'autonomie, sous la forme de plans régionaux de gestion du risque. La création de tels plans répond à la nécessité de tenir compte des disparités locales de résultats et de moyens pour fixer les objectifs et de davantage territorialiser les programmes en concentrant des moyens sur certaines zones ou activités. Il peut exister aussi localement des voies de passage et des capacités de négociation ne pouvant être activées au niveau national. Il faut ainsi dégager des marges d'action documentées et individualiser une partie des objectifs de gestion du risque au niveau des régions et ce, dans le cadre d'un dialogue de gestion CNAMTS/DCGDR.

[164] La caisse nationale s'est ralliée récemment à cette idée. Ainsi en 2017, 25 % du temps de visite des PS par les DAM et des médecins-conseils sont désormais à la main des régions. La marge de manœuvre ainsi ouverte se heurte toutefois à la faible capacité des DCGDR à pouvoir concevoir des campagnes régionales au vu des moyens que doit mobiliser la CNAMTS pour la préparation des campagnes nationales. Il leur faut aussi gérer le décalage récurrent du calendrier des campagnes nationales et assurer en priorité en toute hypothèse la mise en œuvre de celles-ci.

[165] La caisse nationale, après avoir mis en place en 2016 les actions bonus CPG, est également favorable à la création de plans régionaux de la gestion du risque et a ouvert en avril par lettre réseau le processus de leur élaboration et de leur gestion.

Lancé en 2016 dans le but d'inciter les DCGDR à développer de nouvelles actions, le bonus CPG conduit les DCGDR à proposer des actions sur un ou deux thèmes parmi les six identifiés comme à fort enjeu économique par la caisse nationale qui valident ces actions. Les actions bonus 2016 ont été reconduites en 2017. Les plans régionaux ne reprennent pas ces actions. Ils vont consister en des actions d'adaptation locale des actions nationales et en des actions « locorégionales » qui peuvent ou non porter sur les mêmes thèmes, un nombre de thèmes et d'actions réduits priorisant les actions à gain rapide. Il ne faut pas en attendre en attendre un renouvellement profond de la gestion du risque mais c'est une initiative utile.

2.3.4 Des délégations à la coordination de la gestion du risque au milieu du gué et qu'il serait opportun de renforcer

[167] Les 13 DCGDR métropolitaines ont une structure très légère : elles sont composées de personnels très qualifiés et dédiés en effectifs réduits : 5 à 12 ETP selon la taille des régions, soit 122 ETP au total en juin 2017, ce qui représente 2 % du total des effectifs dédiés à la gestion du risque dans la branche³³. L'annexe 1 présente des informations complémentaires sur les DCGDR.

Une partie des délégations a fait l'objet en 2016 de réorganisation après l'apparition de sept nouvelles grandes régions administratives. La multiplicité des acteurs au sein d'une grande région est en soi un problème (Nouvelle Aquitaine : 13 CPAM, 2 DRSM; Grand-Est : 10 CPAM 2 DRSM; ARA : 12 CPAM, 2 DRSM, Occitanie : 13 CPAM et 2 DRSM). Elle fait coexister les caisses de taille très diverses dont une partie n'a pas la taille critique pour assumer la totalité de la gestion de la gestion du risque, des caisses dont les attentes sont nécessairement assez différentes et ne vont pas toujours dans le même sens. Le dialogue et la dynamique de co-construction ne peuvent qu'y être plus limités que dans la région à périmètre plus réduit.

[169] Elles demandent un investissement plus fort du DCGDR et de sa cellule. Elles exigent de faire plus en termes d'actions de neutralisation du travail en silo des caisses, de recherche d'un décloisonnement au niveau régional établissant les bonnes passerelles qui promeuvent une logique de travail de bout en bout des processus en portant une attention forte au zonage de l'activité.

[170] Plus que jamais, le DCGDR, qu'il soit directeur de CPAM ou DRSM, et sa cellule, doivent veiller à ne pas apparaître comme un directeur centré sur chef-lieu régional, ce qui peut être le cas aujourd'hui, mais comme le mobilisateur et le fédérateur de toutes les compétences mise en

_

³³ Cf. en partie 3 une analyse des effectifs.

réseaux au sein de l'espace régional pour nourrir la politique de la gestion du risque et la qualité de sa gestion, en veillant que toutes les caisses y participent³⁴.

[171] S'agissant de la définition du rôle du DCGDR, les textes, et notamment la lettre-réseau de février 2016, comme le vocabulaire des acteurs utilisent des termes variés : coordination, pilotage, pouvoir d'impulsion, de facilitation, de supervision... Certains interlocuteurs de la mission sont allés jusqu'à employer la notion de pilotage fonctionnel mais en aucun cas de pilotage hiérarchique.

[172] En réalité, le DCGDR est un peu plus qu'un coordonnateur mais il n'est pas un pilote fonctionnel, ce qui imposerait de lui donner autorité sur les agents des CPAM et des DRSM qui mettent en œuvre la politique de la gestion du risque. Cette évolution aurait des conséquences sur le réseau de l'assurance maladie, qui repose aujourd'hui toujours sur 102 CPAM au niveau départemental, qui dépassent largement le sujet de la gestion du risque. Elle a été écartée par la mission pour cette raison. Dans le cadre des réflexions sur l'avenir de ce réseau, une telle option mériterait toutefois d'être étudiée. A plus court terme, un accroissement des effectifs des DCGDR serait envisageable dans le cadre d'un renforcement de leurs missions.

[173] Il convient également d'explorer les marges d'amélioration de l'action des DCGDR dans toutes les régions. Plusieurs ont été engagées, comme la mise en place du plan régional de gestion du risque, ou ont été suggérées³⁵. Elles doivent notamment viser un rapprochement des modes de pilotages sans objectif d'uniformité et porter une attention particulière aux plus grandes régions.

[174] Une autre amélioration parait souhaitable, en cohérence avec la recommandation visant à mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur leurs résultats de la gestion du risque. Elle consiste à faire participer les DGCDR à la déclinaison des objectifs de gestion du risque aux organismes du réseau – CPAM et DRSM- dans le cadre d'un dialogue de gestion organisé au niveau régional.

Recommandation n°7: Associer les DCGDR à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions de gestion du risque dans le cadre de dialogues de gestion régionaux avec la CNAMTS et le réseau

[175] Au niveau départemental, l'organisation de la gestion du risque au sein de la CPAM se fait dans le réseau selon deux schémas : avec ou sans intégration du pôle production remboursement aux assurés. Il n'y a pas d'avantages déterminants en faveur d'une des deux options, la qualité de l'articulation des processus et celle des relations de travail étant toujours essentielles. Le choix relève des organismes. La CNAMTS n'émet pas de recommandation à ce sujet. La mission n'en fait pas non plus. Le plus important est d'assurer en termes de connections des systèmes d'information les interactions entre gestion de la gestion du risque et gestion du remboursement aux assurés.

2.3.5 Une articulation entre service médical et caisses primaires qui doit être renforcée

[176] Dans quatre des sept nouvelles grandes régions (Grand-Est, Nouvelle Aquitaine, ARA et Occitanie) deux DRSM demeurent alors qu'une seule DRSM existe au sein des trois autres nouvelles régions (Hauts de France, Normandie, et Bourgogne-Franche-Comté).

³⁴ Une mission confiée à Michel Bauer porte sur les contributions attendues d'une DCGDR, à partir d'un diagnostic en cours de réalisation au sein de la DCGDR Grand Est et de celle d'ARA, ainsi que sur l'organisation de la coordination de la gestion du risque et son enjeu. Une restitution des premières observations est prévue dans le courant de l'été 2017.

³⁵ Cf. les propositions des DCGDR au directeur général de novembre 2016.

[177] Deux DRSM alors même qu'il n'y a qu'un seul dispositif de coordination conventionnelle avec les professions de santé, une seule URPS, un seul conseil de l'ordre pour les professions de santé concernées... et une seule ARS. Cela pose le problème de l'homogénéité des actions et des réponses du service médical et de la potentielle incohérence des dialogues directs avec les représentants des professions de santé. Cela ne facilite pas la fluidité et la qualité de la gestion du risque dans un univers déjà occupé par de multiples acteurs.

[178] Pour rendre plus performante l'action des DCGDR et celle du service médical, il y a lieu de mettre fin rapidement à cette situation.

Recommandation n°8: Adapter la cartographie des DRSM à celle des DCGDR

[179] La partition organisationnelle entre services administratifs (CPAM) et services médicaux (DRSM et ELSM), qui associent des agents administratifs aux personnels médicaux et paramédicaux³⁶, interroge également. La dualité d'organisation et de CPG (CPAM et DRSM) comme celle du mode de pilotage – beaucoup plus resserré et hiérarchique du côté du service médical- ne facilite pas la gestion de la gestion du risque. On note aussi que ni le RSI, ni la MSA ne connaissent cette partition, que l'on ne retrouve guère non plus dans les pays occidentaux. La mission ne propose pas d'ouvrir le sujet dans la prochaine COG. Mais il doit nécessairement s'inscrire dans la réflexion de la caisse nationale sur la configuration du réseau des années 2020.

Dans l'immédiat, quelques évolutions paraissent nécessaires : faire en sorte que les deux services partagent les mêmes locaux; que les réunions au niveau des managers des deux organisations soient très régulières; que les personnels qui travaillent sur les mêmes sujets (campagnes d'accompagnement des professions de santé, mise en œuvre des Plans personnalisés d'accompagnement des médecins généraliste-PPA ...) puissent avoir une relation de travail collective et pas seulement individuelle ; que l'articulation structurée entre les services aille au-delà de celle mise en place pour les services en santé ; que la relation de service ne soit pas trop « personnes dépendante » et donc que le DRSM comme le directeur de la CPAM soient structurellement des facilitateurs d'un étroit travail entre services; qu'enfin, un dispositif d'entraide au sein de la DRSM permette de compenser les insuffisances d'effectifs médicaux de certains ELSM, afin que la relation services médicaux/services administratifs puisse fonctionner sur tout le territoire.

[181] Un travail est engagé sur ce dernier sujet en lien avec la réforme des ELSM dite SMMOP et avec l'évolution de l'organisation de l'échelon régional des DRSM que cette réforme implique. Le projet « Service Médical : Missions, Organisation et Performance », vise à accroître la performance du service et l'attractivité du métier en structurant l'ELSM autour d'unités territoriales de gestion de la relation avec les professionnels de santé et les assurés. Il est en voie de généralisation sur tout le territoire d'ici le 1er janvier 2018 et se doit de permettre une meilleure dynamique de relation entre les services administratifs et médicaux, laquelle est une des conditions fondamentales de réussite du déploiement du PPA.

³⁶ A l'issue des processus de recrutements programmés, il y aura 156 infirmières dans les DRSM

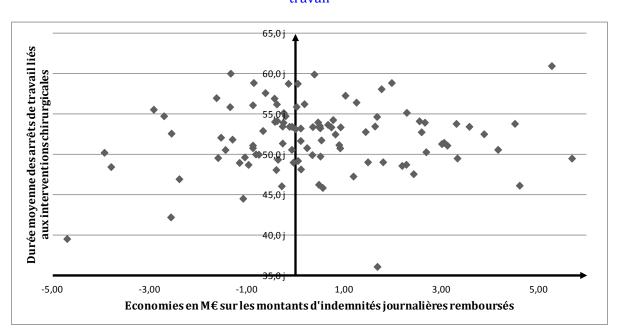
2.3.6 Une politique de convergence des indicateurs locaux de gestion du risque qui n'est pas toujours pertinente

[182] Les objectifs et indicateurs sont déclinés dans les CPG conclus entre la CNAMTS et les CPAM et les DRSM. Cette territorialisation des indicateurs vise principalement à homogénéiser la gestion au sein du réseau en réduisant les écarts entre les résultats obtenus.

[183] L'étude des résultats des CPG^{37} en 2016 relève globalement une bonne homogénéité des indicateurs, à l'exception notable des indicateurs d'économies qui présentent une très forte dispersion.

[184] Cette convergence témoigne de la bonne mobilisation du réseau autour du pilotage par indicateurs, très suivi, et une maîtrise des leviers associés à ces indicateurs qui répondent à peu près uniformément sur le territoire, à l'exception de quelques atypies, en nombre limité mais de forte amplitude (cf. graphique ci-dessous).

[185] Les résultats en matière d'économies présentent de fortes variations entre CPAM. Comme précisé infra, une part importante de ces disparités est attribuable aux méthodes de calcul de la CNAMTS dont les tendanciels génèrent une forte instabilité des indicateurs. Toutefois, ce biais n'explique pas à lui seul l'importance des écarts territoriaux. Certains indicateurs « objectifs », moins sujets à la critique méthodologique, présentent en effet des fluctuations conséquentes. Le graphique ci-dessous illustre, par exemple, la disparité de la durée moyenne des arrêts de travail des CPAM, qui varie au sein du réseau de 36 à 61 jours³⁸.



Graphique 3 : CPG 2016 - Répartition des résultats des 102 CPAM dans le domaine des arrêts de travail

Source: Assurance maladie - CPG

³⁷ Seules les CPAM ont été analysées. Les DRSM ont été écartées car leurs résultats, globalisés au niveau régional, ne reflètent pas suffisamment l'impact des contextes locaux.

³⁸ Les arrêts de travail font l'objet des indicateurs 55 à 59 des CPG.

[186] Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer les difficultés du réseau à maîtriser les objectifs d'économies.

[187] Les objectifs sont déclinés territorialement sur la base du poids de la CPAM/DRSM dans la dépense nationale, sur les volumes de dépenses mais sans encore une prise en compte suffisante des données locales que sont :

- les paramètres socioéconomiques (offre de soins, démographie) qui influent fortement sur la consommation de soins. A minima les objectifs devraient être standardisés sur quelques « grands » critères populationnels (âge, sexe, patients en ALD);
- les efforts déjà réalisées par les caisses, et non leur coût moyen au réseau. La CNAMTS a récemment évolué en ce sens puisque, depuis 2017, les objectifs du Bloc 1 des économies sont déclinés en les pondérant à 25% par le coût moyen.

Il est noté que l'utilisation d'autres critères tels que la précarité est à l'étude, afin de les utiliser lorsqu'ils sont véritablement pertinents.

Par ailleurs, la méthode d'évaluation annuelle et départementale, pertinente pour évaluer les actions d'efficience du réseau et de qualité de service, est moins adaptée à la gestion du risque car la stabilisation des résultats des économies doit être appréciée sur des horizons temporels et des échelles géographiques plus larges, sous peine de déstabiliser les indicateurs et d'induire des difficultés importantes de pilotage. On constate par exemple des variations annuelles importantes dans les classements CPG régionaux des CPAM, qui déplorent ces mouvements non-représentatifs de leurs efforts.

[189] La fixation d'indicateurs pluriannuels et régionaux permettrait de stabiliser l'évaluation des actions en matière de gestion du risque et de faciliter le pilotage de l'activité par le réseau. Les indicateurs pourraient être calculés sur douze mois glissants afin d'éviter les phénomènes de réinitialisation.

[190] En cohérence avec la recommandation de définir avec les DCGDR les objectifs de gestion du risque des organismes du réseau dans le cadre de dialogues de gestion organisés au niveau régional, la régionalisation des objectifs favoriserait également un traitement homogène des professionnels de santé dont les représentants ne manquent pas de souligner des différences entre départements.

<u>Recommandation n°9</u>: Améliorer le pilotage du réseau en déclinant des indicateurs CPG standardisés, régionalisés et placés dans une perspective pluriannuelle

2.4 Des évaluations insuffisantes

[191] Les évaluations disponibles de la gestion du risque ne couvrent qu'une partie des leviers et sont partiellement biaisées par l'utilisation de tendanciels.

2.4.1 Des évaluations ne couvrant qu'une partie des leviers

[192] La démarche de la gestion du risque est affaiblie par l'absence de démarche systématique d'évaluation des effets des actions. L'assurance maladie dispose d'une visibilité limitée sur la contribution effective de ses leviers à l'efficience du système de santé, contribuant à alimenter un discours critique sur la pertinence de ses actions.

- [193] Déjà, l'IGAS avait relevé dans son rapport d'évaluation de la gestion du risque maladie, publié en 2014, le manque de solidité et de transparence des évaluations médico-économiques des programmes. Force est de constater que peu de progrès ont été accomplis en la matière.
- [194] Cette année encore, malgré ses demandes, la mission n'a pu disposer que de très rares études portant sur les impacts des mesures d'accompagnement (quatre campagnes en 2016), de données provenant d'une étude régionale sur trois campagnes IJ (deux accompagnements et une MSAP), d'informations extraites de présentations Powerpoint portant principalement sur PRADO et d'une étude médico-économique externe relative à SOPHIA.
- L'essoufflement de la gestion du risque justifierait désormais la production d'analyses détaillées et robustes mais la CNAMTS oppose des difficultés d'ordre méthodologique, liées à la complexité à modéliser l'effet contributif de chacun de ses leviers : il serait impossible d'isoler l'impact individuel d'une action de l'ensemble des déterminants qui affectent la consommation de soins (épidémie, arrivée d'une nouvelle molécule ...). Les études buteraient également sur la définition de l'horizon temporel des mesures et sur le choix d'indicateurs de résultat des actions (volumes de prescription, bénéfice médical pour le patient ...).
- [196] Ces difficultés, réelles, ne sauraient toutefois justifier le manque d'évaluations *ex post* des actions de gestion du risque, en particulier au regard du montant d'économies en jeu. La CNAMTS dispose de méthodes permettant d'isoler, au moins partiellement, les contributions des leviers comme en témoigne les études communiquées à la mission et qui sont utilisées dans la Partie 4 du rapport, et elle dispose des moyens pour réaliser ces études (voir 3.3.2 infra) avec un accès privilégié aux données du SNIIRAM et de SIAM-ERASME.
- [197] Le développement des études internes relève donc d'une priorisation que la CNAMTS doit mettre en œuvre dans la prochaine COG afin d'éclairer la décision publique dans un contexte toujours plus ambitieux d'économies sur les dépenses de santé.
- [198] La CNAMTS devrait également s'appuyer plus largement sur les expertises externes, qui sont nombreuses dans le dispositif de santé publique (ANSM, ATIH, ANSP ...), sur des directions comme la DREES et sur des organismes du type de l'IRDES. La prochaine COG devrait être l'occasion de prévoir un programme d'évaluation externe qui viendrait, sur les sujets les plus importants au moins, appuyer la conception des programmes et renforcer leur visibilité auprès des partenaires de l'assurance maladie.
- [199] Sur le sujet d'intérêt général que constitue la maîtrise des dépenses de santé, ces évaluations devraient être rendues publiques, comme elles le sont sur le programme SOPHIA, sauf à définir certains sujets dont la publication pourrait effectivement porter préjudice à l'action de l'assurance maladie.

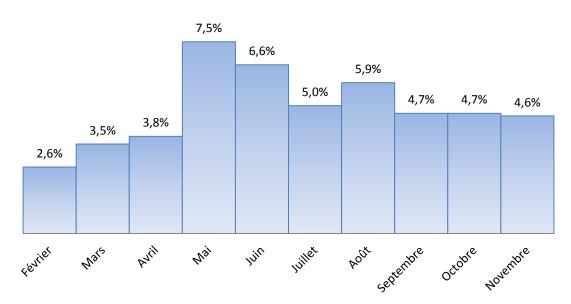
<u>Recommandation n°10:</u> Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de gestion du risque, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne

2.4.2 Une mesure des économies biaisée par l'utilisation de tendanciels

[200] Emblème de l'évaluation des politiques de gestion de risque, le montant des économies réalisées se cherche encore une « juste » mesure. L'évaluation des résultats est en effet complexe et dépend de choix méthodologiques effectuées jusqu'ici par l'assurance maladie sans véritable concertation avec ses partenaires, avivant d'autant les critiques anciennes³⁹ sur le bien-fondé et la robustesse de ces évaluations.

[201] Pour intégrer l'évolution spontanée des dépenses de santé, la mesure des économies est basée sur l'écart à une tendance structurelle. Chaque année, la CNAMTS ventile l'objectif global d'économies qui lui est fixé par postes de dépenses, et détermine pour chacun de ces postes ses propres tendanciels, qui ne sont pas nécessairement ceux prévus par l'ONDAM.

[202] Les tendanciels sont également déclinés dans le réseau sur une base mensuelle, dans un effort de finesse d'ailleurs probablement excessif au vu de l'incertitude entourant ces exercices prévisionnistes à moyen-terme.



Graphique 4 : Tendanciels mensuels « Transport » fixés à la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2016

Source: DCGDR Auvergne Rhône Alpes

[203] L'établissement du tendanciel est le résultat d'une approche économétrique qui prolonge le tendanciel historique, et d'une expertise métier qui corrige cette prévision à dire d'experts à partir des externalités attendues (tombée de brevets, molécules à venir..).

[204] Le calcul d'économies est donc fortement lié aux méthodes adoptées pour fixer les tendanciels, ce qui en fait un indicateur subjectif et donc fragile : une économie peut tout aussi bien provenir d'une action efficace que d'une mauvaise fixation du tendanciel. L'exemple ci-dessous illustre cette fragilité.

³⁹ IGAS, Evaluation de la gestion du risque maladie, 2013, op. cit.

Encadré 4 : Ambiguïté des économies revendiquées sur les prescriptions de ville d'antibiotiques

L'assurance maladie revendique 304 M€ d'économies sur la période 2005-2015 dans un contexte où la maîtrise de la consommation d'antibiotiques a été érigée en objectif de santé publique. On constate que, malgré ces économies calculées, la consommation de ville par personne mesurée en volume par l'ANSM a augmenté sur la période, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

	2005	2007	2009	2011	2013	2015
ANSM: Consommation en ville en doses définies journalières pour 1 000 personnes et par jour	28,9	28,6	29,6	28,7	30,1	29,9
CNAMTS: Economies cumulées depuis 2005sur les prescriptions de ville dans le cadre de la maîtrise médicalisée (M€)		108	164	188	254	304

Source: Annexe 2 du PLFSS 2017 - Programme de qualité et d'efficience 2017

[205] Souvent pointée dans les précédents rapports, l'opacité entourant l'établissement des tendanciels n'est pas seule en jeu. La CNAMTS a d'ailleurs fait à cet égard quelques efforts de communication, le rapport de la mission IGAS-IGF sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières ayant pu documenter la modélisation des tendanciels IJ.

[206] Des limites importantes demeurent sur la méthodologie tendancielle :

- le tendanciel est principalement déterminé à partir de l'évolution historique des dépenses, méthode critiquable et peu ambitieuse qui contribue à perpétuer une tendance haussière en se satisfaisant d'économies dès lors qu'on améliore l'évolution passée;
- la mission n'a eu aucun éclaircissement sur les conditions dans lesquelles étaient rendues les corrections à dire d'experts, la DSS ayant déploré être insuffisamment associée à ces évaluations.

[207] La fixation d'objectifs en volume permettrait de contourner ces limites en s'affranchissant notamment des effets sur les prix. Mais, les volumes sont également soumis à des effets structurels (ex: l'augmentation de la population active entraîne tendanciellement une hausse des volumes d'indemnités journalières) qui justifierait à nouveau l'utilisation d'un tendanciel. Une participation plus large des partenaires de l'assurance maladie – au premier rang desquels l'Etat et les professionnels de santé - à la fixation de ces tendanciels permettrait certainement de mieux les associer à la réalisation des objectifs de gestion du risque. Il serait, de façon générale, opportun de faire davantage de transparence sur les méthodes utilisées en ce domaine.

[208] Dans une perspective plus large, ces problèmes renvoient à la difficulté d'évaluer la maîtrise des dépenses de santé à partir de calculs d'économies sur un tendanciel, problème qui mériterait une étude *ad hoc* pour trouver, au-delà de la COG, des méthodes alternatives permettant de mieux apprécier les effets des actions de gestion du risque.

2.4.3 Des ressources en matière d'études qui doivent être mieux utilisées

[209] L'assurance maladie s'est dotée de moyens importants pour conduire les évaluations et les études utiles à la gestion du risque :

- au sein de la CNAMTS, la direction de la stratégie, des études et de la statistique (DSES) compte 86 personnes, auxquelles s'ajoutent les personnels directement affectées dans les directions métiers (DDGOS/DEM, DDO). Sans oublier l'apport, qui est d'ailleurs sous-utilisé, de la mission relations européennes, internationales et coopération qui effectue des études sur les politiques de gestion du risque appliquées à l'étranger;
- dans le réseau, l'effectif statistique des CPAM s'élevait en octobre 2015 à 430 personnes (CPAM), 183 étaient identifiées comme statisticiens ou équivalent, auxquels il faut ajouter les effectifs dans les DRSM;
- la présidence de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) est assurée par le directeur de la DSES.
- [210] L'éclatement de l'effectif du réseau dans les différentes CPAM / DRSM affaiblit néanmoins la capacité de production : on ne compte en moyenne que 1,8 statisticiens par CPAM. La situation est particulièrement critique dans les petites caisses où les personnels se retrouvent souvent isolés et cantonnés à un rôle polyvalent privilégiant l'exécution de travaux routiniers.
- [211] Afin de pallier ces disparités la production d'études dans le réseau commence à s'articuler au niveau régional avec la montée en charge des DCGDR. Des cellules de coordination intègrent des référents Statistiques qui travaillent avec les correspondants locaux des CPAM et des ELSM afin d'échanger sur les problématiques communes et de coordonner les travaux. En 2016, le pôle de la région nouvelle Aquitaine a ainsi coordonné 45 requêtes demandées par les groupes opérationnels.
- [212] Cependant, ces pôles ne disposent sont encore limités à un rôle de coordinateur et en l'absence de véritable mutualisation, de nombreuses productions et études doivent encore être effectuées au niveau local, très souvent de façon redondante avec ce que d'autres CPAM/DRSM ont déjà produit.
- [213] Enfin, la CNAMTS ne joue pas suffisamment son rôle d'animateur du réseau, alors qu'elle devrait favoriser les échanges d'outils et de bonnes pratiques.

<u>Recommandation n°11:</u> Mettre les moyens statistiques/analyses/études en réseau et progressivement mutualiser ces moyens au niveau régional

3 LES MOYENS DEDIES A LA GESTION DU RISQUE PEUVENT ETRE MOBILISES DE FAÇON PLUS EFFICACE

[214] L'assurance maladie dédie des moyens significatifs à la gestion du risque, de l'ordre de près de 570 M€ par an (hors investissements). Les investigations de la mission ont fait ressortir l'existence de marges de progression dans la mobilisation des moyens, tant humains qu'informatiques, afin qu'ils soient plus efficaces.

3.1 Une gestion perfectible des ressources humaines

3.1.1 D'importants moyens humains dédiés

[215] Au total, l'assurance maladie mobilise environ 6 750 ETP (en 2016) pour les activités de gestion du risque⁴⁰, dont :

- > 230 ETP au siège;
- 2 437 ETP dans les CPAM;
- 4 084 ETP dans les DRSM.

[216] Cela représente environ 11,5 % des ETP de la branche, ce qui en extrapolant à partir des données moyennes de coûts de la branche correspond à un montant de 460 M€ en termes de masse salariale, auxquels il faut ajouter de l'ordre de 110 M€ en frais de fonctionnement.

[217] La mission n'a pas pu affiner plus précisément le coût de la gestion du risque faute de disposer de toutes les données comptables sur les salaires et les coûts de fonctionnement affectés aux différents postes de gestion du risque. Cependant, elle estime que ce chiffre de 570 M€ est un minorant au regard du nombre de praticiens conseils (environ 1 900) dont les coûts salariaux sont deux fois supérieurs à ceux de la moyenne de la branche.

Dans un contexte de réduction générale et importante des effectifs de la branche au cours des années 2013-2016, les effectifs dédiés à la gestion du risque ont été relativement préservés par l'assurance maladie : leur baisse n'a été que de 2 % seulement (de 6 657 ETP en 2013 à 6 521 ETP en 2016), ce qui signifie que leur proportion dans les effectifs globaux a même progressé.

Tableau 9: Effectifs de l'assurance maladie dédiés à la gestion du risque (en ETP)

	2013	2014	2015	2016	En proportion du total
Siège	nd	nd	Nd	230	10 %
СРАМ	2 356	2 371	2 325	2 437	5 %
DRSM	4 301	3 978	4 102	4 084	55 %
Total gestion du risque ⁴¹	6 887	6 579	6 657	6 751	11,5 %

Source: Mission sur données CNAMTS

⁴⁰ Le présent rapport a retenu une définition plus stricte du périmètre de la gestion du risque que la précédente mission d'évaluation de la COG en 2014, en écartant les activités de lutte contre la fraude et les abus, de gestion des recours, litiges et contentieux sur le risque et de recours contre tiers. Cela explique les différences de chiffrage entre les deux rapports.

⁴¹ L'hypothèse est faite d'une stabilité des effectifs du siège dédiés à la gestion du risque à 230 ETP.

[219] Cette volonté de préserver voire d'accroître relativement les effectifs dédiés à la gestion du risque s'est à nouveau manifestée en 2017. Ainsi, dans le cadre de l'activation de la clause de revoyure sur les moyens de la branche prévue par la COG, la CNAMTS a notifié en mai dernier, en accord avec la tutelle, à une restitution au réseau de 103 ETP dans l'activité de la gestion du risque, pour embauches effectives au 1^{er} juillet :

- > 52 postes de CAM-PRADO dans 13 régions, un poste sur deux étant financé par la CNAMTS par redéploiement interne⁴²;
- > 77 postes de DAM dans 35 CPAM. Ces emplois ont été notifiés au réseau en mai. La date d'embauche devait être effective à partir du 1er juillet 2017.

Environ 230 ETP au siège

[220] On peut estimer à 230 ETP les agents actuellement mobilisés par la gestion du risque au sein du siège, principalement à la DDGOS, à la DSES, à la DDO, à la DDSI et à la DICOM.

[221] L'effectif de la CNAMTS était de 2 136 ETP en 2016, soit 18 ETP de plus qu'en 2013 (+0,8%). Ce sont donc un peu plus de 10 % des effectifs du siège qui sont dédiés à la gestion du risque.

Environ 2 500 ETP dans les CPAM

[222] En 2016, les CPAM employaient 2 437 salariés (en ETP) affectés à des tâches liées à la gestion du risque. Ces effectifs ont progressé de près d'une centaine entre 2013 et 2016, c'est-à-dire de près de 3,5 %. Et, alors que les effectifs totaux des CPAM ont diminué de plus de 7 % sur la période, la part des effectifs des CPAM dédiés à la gestion du risque est passée de 4,5 % en 2013 à 5 % en 2016.

[223] La mission souligne l'écart entre ses chiffres et les données comptables de la CNAMTS selon lesquelles plus de 5 200 ETP seraient affectés à la gestion du risque. Cela tient à l'inclusion dans le périmètre CNAMTS de domaines ne relevant pas selon la mission de la gestion du risque comme le recours contre tiers, la lutte contre la fraude et la gestion des contentieux.

[224] Selon le périmètre retenu par la mission, les personnels affectés à la gestion du risque en CPAM apparaissent dans le pôle régulation sous trois processus dont les libellés de code de comptabilité analytique⁴³, intégrés dans l'outil OSCARR, sont :

- l'accompagnement des offreurs de soins: délégués de l'assurance maladie (DAM) et conseillers informatiques service (CIS). Ils représentent la moitié du total des agents des CPAM dédiés à la gestion du risque (mais leur nombre a diminué assez significativement au cours des quatre dernières années (-154);
- l'accompagnement des assurés: conseillers de l'assurance maladie (CAM) et infirmières conseil en santé (ICS) gérant les services en santé PRADO et SOPHIA. Ils représentent le tiers du total des agents des CPAM dédiés à la gestion du risque, et cette proportion s'est notablement renforcée au cours des dernières années en raison de l'affectation de plus de 200 nouveaux agents;

⁴² Ces postes ont été répartis en fonction de la productivité moyenne des 30 meilleurs départements. Les postes de DAM sont, pour leur part, répartis sur la base du nombre de MG et d'établissements de santé par département (corrigé du nombre de lits moyen) et de la capacité actuelle d'accompagnement (nombre de DAM et PC).

⁴³ La nomenclature de la comptabilité analytique des CPAM et des DRSM figure en annexe 2.

la maîtrise médicalisée: les 400 agents concernés, qui travaillent dans les DCGDR et les services chargés de la gestion du risque des CPAM, représentent 15 % environ du total des agents.

Tableau 10: Effectifs des CPAM dédiés à la gestion du risque (en ETP)

en ETP	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Accompagnement des offreurs de soins	1391	1342	1262	1237	- 154 - 11 %
Accompagnement assurés	585	661	715	797	+212 +36 %
Maîtrise médicalisée	380	368	378	403	+ 23 +6,1 %
Total ETP gestion du	2356	2371	2325	2437	+81 +3,4 %
risque					
Total ETP CPAM	52936	51013	49726	49000	-3936 -7,4 %
ETP GDR/ETP CPAM	4,5 %	4,6 %	4,7 %	5 %	+0,5pt

Source: Mission sur données Cnamts Oscarr, juin 2017

[225] La baisse en valeur absolue et en valeur relative du nombre des personnels chargés de l'accompagnement des offreurs de soins interroge.

Environ 4 100 ETP dans les DRSM et les ELSM

[226] La majeure partie de l'activité des directions régionales des services médicaux –DRSM –, composées de praticiens conseil et de personnel administratif, entre dans le champ de la gestion du risque, soit dans le cadre du pôle relation avec les professions de santé dans le cadre du pôle contrôle des prestations très fortement dominé par l'action concernant les indemnités journalières. Une petite partie de ce pôle ne faisant pas de gestion du risque, il est donc retenu de l'y inclure à hauteur de 90 %. L'activité du pôle contentieux n'est pas ici retenue, comme elle ne l'a pas été pour les CPAM, pas plus que celle du pôle activité transverse.

[227] Au total, l'activité de gestion du risque des DRSM et de leurs échelons locaux mobilise 4 100 ETP, soit 55 % de leurs effectifs totaux⁴⁴. Par rapport à 2013, cela représente une baisse de l'ordre de 200 ETP.

Tableau 11: Effectifs des DRSM dédiés à la gestion du risque (en ETP)

En ETP	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Praticiens conseils	1 963	1 940	1 89	1 909	- 2,8 %
Personnel administratif	5 863	5 734	5 588	5 5 1 7	- 5,9 %
Total DRSM	7 826	7 674	7 484	7 426	- 5,1 %
Activité gestion du risque	4 301	3 978	4 102	4 084	-5 %
pôle relation avec les PS	453	471	523	Nd	Nd
pôle contrôle prestations (90 %)	3 848	3 507	<i>3 579</i>	Nd	Nd
% de l'activité des DRSM	55 %	51,8 %	55 %	Nd	Nd

Source: Mission sur données Cnamts-DDO

_

⁴⁴ A noter qu'en 2016, les données relatives à la répartition des activités en pôles ne concernaient que 17 des 20 DRSM, 3 d'entre elles étant déjà passées à OSCARR et n'ayant plus saisi dans l'outil de gestion des DRSM. Les données de la comptabilité analytique des DRSM étaient jusqu'ici moins fiables, une partie des heures n'étant pas affectée (en 2015, le taux de saisie s'est élevé à 92 % chez les PC et 84% chez les PA).

[228] De façon générale, les constats de la mission ne conduisent pas à recommander une progression en valeur absolue du nombre des personnels médicaux et administratifs dédiés à la gestion du risque au cours de la prochaine période conventionnelle. Il existe en effet des marges de progression importantes de leur productivité qui permettra, à effectifs constants, de déployer les actions de l'assurance maladie vers de nouveaux thèmes et de nouveaux publics (cf. partie 4).

[229] Toutefois, la mission ne recommande pas non plus de diminuer le niveau des effectifs car l'accompagnement est un élément essentiel de la gestion du risque qui exige un suivi individuel des professionnels de santé et est, par nature, consommateur de ressources humaines et doit le rester. En outre, une diminution du niveau des effectifs serait démobilisatrice pour le réseau et conduirait à distendre les liens avec les professionnels de santé de terrain. Enfin, les montants investis dans la gestion du risque demeurent très limités par rapport aux enjeux financiers de l'assurance maladie (l'ONDAM est fixé à 190 Mds€ en 2017).

[230] La mission recommande donc de préserver le niveau des effectifs (en ETP) dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts importants de productivité.

Recommandation n°12: Maintenir le nombre d'ETP dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts de productivité pour accroître les moyens disponibles

3.1.2 Des métiers variés

[231] Plusieurs métiers sont apparus dans le domaine de la gestion du risque au cours des vingt dernières années. C'est le cas en particulier des suivants : les délégués de l'assurance maladie, les praticiens-conseils, les infirmières conseils en santé et les conseillers informatique service.

Les délégués de l'assurance maladie (DAM)

[232] Les DAM sont les principaux acteurs de l'accompagnement des professionnels de santé et des établissements de santé. On en dénombre près de 1 000 et 914 en ETP, en baisse d'un peu plus de 5 % sur la période conventionnelle.

[233] Les DAM sont répartis sur quatre niveaux conventionnels, mais près des trois-quarts sont au niveau 5A.

Tableau 12 : Effectifs des délégués de l'assurance maladie (DAM)

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Effectifs ETP	974,5	930,2	931,4	913,8	-6,2 %
Effectifs physiques	1036	950	956	978	-5,6 %

Source: CNAMTS-DDO-UCANSS

Les praticiens-conseils

[234] On dénombre 250 praticiens conseils (en ETP) au sein des pôles relations avec les professionnels de santé. Ce nombre a eu tendance à diminuer au cours des dernières années même si leur part dans l'activité globale des DRSM est restée relativement stable.

[235] La part de l'activité d'entretiens confraternels avec les professionnels de santé, qui peut être saisie sous l'activité de maîtrise médicalisée en ville et en établissements de santé, s'est accrue légèrement, mais est restée un domaine d'activité très minoritaire des praticiens-conseils : 8 % en 2015.

Tableau 13 : Effectifs des praticiens-conseils des pôles « relations avec les professionnels de santé » (en ETP)

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Effectifs ETP pôle RPS	265	271	250	ND	ND
Dont MM ville et ES	143	143	152	ND	ND
En % activité des PC	13,5 %	14,0 %	13,2 %	ND	ND
MM ville et ES	7,3 %	7,4 %	8,0 %	ND	ND

Source: CNAMTS-DDO

Les conseillers en assurance maladie (CAM)

[236] Les 800 CAM (590 ETP environ) gèrent le programme PRADO (volets maternité, chirurgie, insuffisance cardiaque, BPCO et, depuis 2017, AVC et personnes âgées).

[237] En 2016, 463 d'entre eux sur 800, soit 58 %, exerçaient leur activité à temps plein. Un mouvement de passage général au temps plein doit être achevé fin 2017. Les CAM font partie à hauteur de 72% du personnel des CPAM et de 28 % de celui des DRSM. Près des trois-quarts d'entre eux sont au niveau 4 de la classification.

Tableau 14: Effectifs des conseillers en assurance maladie – CAM

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2014
Effectifs ETP	276	398	473	591	+114 %
Effectifs physiques	743	951	1044	800	Ns

Source: CNAMTS

Les infirmières conseil en santé (ICS)

[238] Les 300 ICS environ gèrent le coaching téléphonique ou en ligne de SOPHIA (Diabète, asthme, insuffisance cardiaque) au sein de centres ou unités d'appels spécialisés. Elles sont toutes classées au niveau 6E de la convention collective.

Tableau 15: Effectifs des centres et unités d'appels SOPHIA – ICS et encadrants

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Effectifs ETP	204	257	265	279	+ 36,8 %
Effectifs physique (cible)	290	290	290	306	+ 5,5 %

Source: CNAMTS/DDGOS

[239] L'effectif réel mesuré en ETP est en écart constant mais décroissant avec l'effectif cible mesuré en personnes physiques. L'effectif réel reflète la montée en charge des six centres et unités d'appels. En 2016, leurs ETP se distribuent entre 34 ETP encadrants et 245 ETP ICS. En 2017 l'écart ne devrait pas beaucoup se réduire selon la CNAMTS.

Les conseillers informatique service – CIS

[240] Les conseillers informatique service agissent en amont et en appui de la gestion du risque en apportant services et conseils aux professionnels de santé sur leurs outils informatiques de travail.

[241] 57 % des 630 CIS sont dédiés aux professionnels de santé, soit 357, et 21 % partagent leur activité entre professionnels de santé et entreprises, soit 133 agents. En retenant une hypothèse de partage 50/50 de l'activité de ces 133 agents, ce sont de l'ordre de 420 agents qui sont au service des professionnels de santé.

3.1.3 De réels besoins de formation professionnelle

[242] La gestion du risque ne bénéficie pas d'un traitement particulier par rapport aux autres activités de l'assurance maladie. Il n'est pas facile d'avoir une vue d'ensemble des données sur les profils, l'origine (interne/externe) et les compétences des agents gérant la gestion du risque dans le réseau côté CPAM. Il n'existe pas non plus un cadre national de la formation des personnels médicaux et administratifs chargés de la gestion du risque et rien ne figure à ce sujet dans la lettre-réseau annuelle sur la politique de formation professionnelle dont ce n'est pas l'objet. Toutefois, sans qu'une enveloppe soit dédiée à la formation à cette activité, on peut arriver à en identifier les dépenses.

[243] La branche maladie peut recourir, s'agissant de la formation sur la gestion du risque, à deux centres de formation externe : l'Institut 4.10 et l'EN3S.

[244] Substitué aux CRFP le 1er janvier 2016, l'institut 4.10, centre de formation et d'accompagnement du régime général de la sécurité sociale, a organisé avec la CNAMTS des formations pour les agents spécialisés acteurs de la gestion du risque (DAM, CAM, conseiller délégué responsable de Santé active, praticien conseil des pôles relations avec les professions de santé, CIS).

[245] S'agissant de la formation initiale des praticiens conseils, l'assurance maladie a recours aux services de l'EN3S. L'EN3S fait également une offre de formation continue en matière gestion du risque, mise en avant dans les premières pages de son catalogue. Elle se décompose en 2017 en onze modules qui consistent en des formations d'une ou deux journées.

[246] Le recours à ces modules de formation, très pertinents au regard des enjeux portés par la politique de gestion du risque, demeure trop faible (par exemple, quinze agents seulement pour le module transports en un an). L'assurance maladie n'a pas encore trouvé le mode d'utilisation organisé et systématique dans le cadre de sa politique de formation. On ne saurait trop l'encourager à revisiter ce sujet. Alors que la politique de gestion du risque connaît un certain essoufflement, les agents de l'assurance maladie ont plus que jamais besoin d'une formation permanente dans ce domaine.

- [247] Par contre, un programme de formation concernant l'intervention en établissement de soins, bâti avec la CNAMTS, a une forte audience. Ses modules (relation avec médecin-chef, participation à la commission médicale d'établissement –CME- et participation au conseil de surveillance de l'établissement) sont ouverts aux intervenants de tous niveaux dans les établissements de santé.
- [248] A signaler enfin, au titre des formations externes, une offre de formation continue de l'EN3S, associée ici avec l'EHSEP, à destination des ARS et composée d'un seul module de deux jours : conduire et gérer un projet de gestion du risque. Elle a très peu de succès au vu de faiblesse des crédits de formation des agences. Il est fort regrettable que l'idéal de mixer au sein de formations les agents des ARS et de l'assurance maladie ne puisse être ainsi concrétisé.
- [249] La CNAMTS développe aussi une importante formation interne pour soutenir le déploiement des campagnes nationales d'accompagnement des professionnels de santé et des établissements de santé. Ce sont les amphis nationaux organisés pour chaque campagne, chaque région définissant sa participation au-delà de la présence de binômes régionaux DAM/PC. Un amphi a lieu tous les deux mois en moyenne. Il est relayé par des amphis régionaux ouverts à tous les DAM et praticiens-conseils appelés à participer à la campagne. La formation dispensée dans le cadre de ces différents amphis est conçue par la DDGOS en lien avec la DDO.
- [250] Un module spécifique de formation sur le plan personnalisé d'accompagnement (PPA) est en cours de préparation. Il présente un enjeu essentiel pour l'avenir de l'action d'accompagnement des PS, autant pour les AM que pour les PC. Des formations plus ponctuelles sur des segments de la gestion du risque sont également réalisées en région. Une formation à un métier spécifique, celui des ICS dédiées au programme SOPHIA, est enfin assurée directement par l'assurance maladie.
- [251] Il n'est pas facile, à ce stade, de se faire une opinion globale sur la politique de formation attachée à la gestion du risque. Le besoin exprimé le plus clair concerne le PPA. Une analyse prospective des besoins et des compétences mériterait d'être réalisée auprès de l'ensemble des agents concernés.
- [252] Elle devrait permettre de répondre à plusieurs questions : quels sont les besoins identifiés non encore couverts et comment les couvrir le plus efficacement ? faut-il modifier les profils de recrutement des agents en charge de la gestion du risque au regard notamment de l'évolution de ses outils actuels et de l'introduction de nouveaux outils ? de nouveaux métiers de la gestion du risque vont-ils émerger, et si oui, comme les prendre en compte ?
- [253] Enfin, il faut souligner que le redéploiement de l'activité des DAM et des praticiensconseils en direction des spécialistes et de l'hôpital, préconisé par la mission, exigera des programmes de formation nombreux et adaptés (cf. partie 4).

<u>Recommandation n°13:</u> Investir dans la formation à la gestion du risque sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences, en veillant à associer ARS et assurance maladie

3.1.4 Un intéressement individuel insuffisamment mobilisé comme outil de gestion des ressources humaines au service de la gestion du risque

[254] Le dispositif d'intéressement mobilise à la fois un intéressement collectif et un intéressement individuel. La gestion du risque est bien prise en compte dans l'intéressement collectif mais on ne peut pas l'affirmer s'agissant de l'intéressement individuel.

[255] Le montant moyen de l'intéressement collectif a été de 830 € annuel en 2016. La part locale représente au maximum 60 % du montant de la prime d'intéressement. On notera la stabilité de la part moyenne locale et les variations de la part nationale. L'enjeu financier de la prime, sans être négligeable, demeure modeste.

Tableau 16 : Montant moyen de la prime d'intéressement pour les 170 organismes de la branche maladie

en euros/montant annuel	2014	2015	2016
Montant part nationale	289	348	331
Montant moyen de la part locale	497	497	499
Montant moyen de l'intéressement	787	845	830

Source: Mission sur données CNAMTS

[256] Les indicateurs de gestion du risque de l'accord d'intéressement collectif pour les années 2014 à 2017 figurent en annexe 3. L'évolution de ces indicateurs sur quatre ans a plutôt concerné les DRSM et la part locale de la CNAMTS que la part nationale et la part locale des CPAM.

[257] La part des indicateurs de la gestion du risque représente 30% du montant de la prime d'intéressement pour la part nationale, pour la part locale des CPAM et pour celle de la CNAMTS et 45 % pour la part locale des DRSM (40 % en 2014). Ces parts sont moins importante que celle que prend la gestion du risque dans les indicateurs des CPG, mais restent significatives au regard de la part des agents en charge de la gestion du risque parmi les agents de l'assurance maladie.

[258] Parmi ces indicateurs, ceux de la maitrise médicalisée des dépenses représentent en 2017 : 30 % pour la part locale des CPAM, 35 % pour celle les DRSM, 0 % pour celle de la CNAMTS (après 5 % en 2016) et 20 % pour la part nationale. Les programmes d'accompagnement en santé SOPHIA et PRADO sont proportionnellement plus valorisés dans la branche tant au niveau national qu'au niveau des organismes locaux.

[259] S'agissant de l'intéressement individuel, on constate que la valorisation de la fonction de DCGDR est modeste par rapport à la rémunération des directeurs : attribution de 50 points (de l'ordre de 360 € bruts par mois). Les autres agents acteurs de la gestion du risque peuvent bénéficier de points de compétence sans qu'il soit possible d'apprécier, faute de données disponibles, s'ils en bénéficient proportionnellement plus du fait de leur activité.

[260] La mission n'a pas pu disposer non plus de données sur la place de la gestion du risque dans la part variable des agents de direction et plus spécifiquement des directeurs des CPAM et des DRSM. Cette place devrait logiquement être assez significative.

3.2 Des systèmes d'information de gestion du risque datés qui contribuent peu à la productivité et à la bonne exploitation de l'information

[261] Les deux missions IGAS d'évaluation de la COG CNAMTS ont bénéficié de l'appui d'une équipe mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) afin de mener un bilan et un diagnostic, et d'élaborer une proposition d'axes de développement sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Le rapport de synthèse figure en annexe 4 et les constats détaillés sont en annexe 5.

[262] Les systèmes d'information de gestion du risque sont restés peu prioritaires durant la COG. De nombreuses actions prévues sont toujours en attente de réalisations, comme la rénovation du poste de travail des agents, et l'enrichissement et l'exploitation du SNIIRAM qui reste dans l'ensemble largement sous-exploité. A l'image du système d'informations de la CNAMTS, le parc applicatif est éclaté, essentiellement développés en interne en lieu et place de progiciels, et de nombreuses applications clés sont vieillissantes ou ne couvrent pas les besoins métiers (Hippocrate).

[263] Ces dernières années, des efforts ont été réalisés pour faciliter la communication entre le monde administratif et le monde médical à travers l'automatisation des liaisons interservices, leur dématérialisation et traçabilité (LM2A). Mais de nombreuses applications sont encore cloisonnées géographiquement afin de satisfaire aux exigences de la CNIL, obligeant à mettre en place des flux d'échanges entre elles pour tenter de reconstituer une chaîne de traitement fluide.

[264] Ce système d'information éclaté et peu interfacé a des répercussions sur la productivité des salariés, le pilotage stratégique de l'activité, et la qualité de la communication avec les assurés et les prescripteurs.

3.2.1 Les systèmes d'information au service des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils

[265] La qualité des systèmes d'information équipant les CPAM et DRSM joue un rôle crucial en matière de gestion du risque en améliorant la productivité des agents pour les orienter sur des tâches à valeur ajoutée et en enrichissant la personnalisation de l'accompagnement.

[266] Pourtant, de nombreuses procédures manuelles persistent, dans le traitement des autorisations préalables par exemple, et l'absence d'interfaçages entre les logiciels imposent aux gestionnaires un travail de ressaisie inutile pouvant, par ailleurs, compromettre la fiabilité des données.

[267] S'appuyant encore sur un parc applicatif éclaté, des outils datés et/ou peu interfacés, l'enrichissement de l'équipement des agents en logiciels et en matériel doit constituer une priorité de la prochaine COG. La mission de l'IGAS sur la qualité de service et l'organisation du réseau recommande d'ailleurs de prioriser d'avantage les investissements SI sur les systèmes de gestion.

[268] Dans les services administratifs, la planification et le suivi des visites et des entretiens sont effectués via l'outil GDR-PS (Gestion du Risque et Professionnel de santé) partagé par les praticiens conseil et les DAM, qui permet la planification des rendez-vous et la saisie des comptes rendus.

[269] Les DAM sont trop peu équipés pour travailler en mobilité. Souvent en déplacement, ils doivent s'accommoder de nombreux temps interstitiels entre les visites, ce qui limite leur productivité. Un outil connecté leur permettrait de mettre à profit ce temps pour saisir les compte-

rendus de visites. Par ailleurs, l'outil GDR-PS n'est pas relié aux autres bases de l'assurance maladie ce qui ne permet pas aux DAM et aux praticiens conseils de bénéficier d'une vision exhaustive du profil du professionnel de santé.

- [270] Le système d'information du service médical repose sur un outil « cœur de métier » Hippocrate ainsi que sur un ensemble de liaisons vers des applicatifs, bases de données et référentiels de l'écosystème CNAMTS. L'application a été développée selon des normes et des technologies datées qui imposent de lourdes mises à niveau technique et technologique, et certains processus métier peu outillés ont donné lieu à des développements d'applications locales peu référencées et mal articulées avec le système national.
- [271] Les conséquences sur la productivité des services médicaux sont notables. Les opérations de recherche d'informations requièrent l'ouverture d'applicatifs et de référentiels multiples, jusqu'à huit simultanément, et de nombreuses ressaisies d'informations sont nécessaires y compris au sein de la même application Hippocrate.
- [272] Par ailleurs, le suivi de l'activité et le pilotage stratégique sont rendus difficiles en l'absence de vue consolidée des activités en cours et des dossiers à traiter, ce qui limite la capacité de réaction et de priorisation de la charge de travail qui est actuellement affectée manuellement par un superviseur.
- [273] Enfin, la communication avec les assurés et les prescripteurs s'effectue encore majoritairement par courrier, ce qui génère des coûts d'affranchissement et des délais de traitement importants.
- [274] Des projets de rénovation du système d'information du service médical sont envisagés et la gestion du risque fait l'objet d'un axe dédié, qui prévoit d'optimiser les ciblages de contrôle (algorithmes, requêtes) et de mesurer les résultats en lien avec les objectifs de gestion. Toutefois, le projet est peu porté. L'équipe chargée de piloter l'évolution est constituée de deux personnes travaillant séparément à la MOA, et aucune décision n'a été prise jusqu'à présent sur les orientations de l'outil, encore moins s'agissant des budgets et des équipes, rendant peu crédible la réussite à l'horizon de la prochaine COG.

3.2.2 Des services numériques proposés aux professionnels de santé qu'il convient d'enrichir

- [275] L'assurance maladie n'a pas établi de modalités d'alimentation continue du dialogue avec les professionnels de santé, qui passe essentiellement par les visites des délégués ou les entretiens confraternels avec les médecins conseils (cf. infra). Les informations distribuées par média numérique se limitent au Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP), aux newsletters mensuelles envoyées par mail, et à certaines fiches pratiques disponibles sur Espace Pro.
- [276] Sans remettre en cause l'aspect qualitatif de l'échange en vis-à-vis plébiscité par les médecins de ville, le recours à une médiation numérique bien utilisée et enrichie régulièrement de données à jour permettrait de démultiplier les capacités d'action en rendant les communications plus fréquentes et régulières.
- [277] L'utilisation d'Espace Pro aurait l'avantage de s'appuyer sur un outil existant en facilitant :
- le recours à des échanges par courriel via l'espace de message sécurisée,
- la création d'un véritable espace d'information complet et à jour des pratiques et des patientèles des professionnels de santé.

[278] La CNAMTS propose aux professionnels de santé des services en ligne qui leur permettent d'effectuer certaines procédures directement à partir de leur poste de travail, soit via Espace Pro, soit via des logiciels métiers qui intègrent certains téléservices CNAMTS. Depuis plusieurs années, ces téléservices se sont diversifiés et enrichis de fonctionnalités concourant à la gestion du risque (vision de la pratique médicale, accompagnement des processus métiers comme les demandes d'accord préalable de médicaments hypocholestérolémiants).

[279] Les téléservices restent en-deça de leur potentiel d'utilisation. Ils ont été conçus dans une logique de dématérialisation et non pas dans une vision métier, ce qui fait que ertains besoins ne sont toujours pas couverts. Par ailleurs, les Conseiller informatique Service (CIS) font état des difficultés persistantes sur l'ergonomie et les contraintes de disponibilité – en dépit des progrès dont témoignent les résultats des objectifs COG - qui ne facilitent pas l'utilisation des téléservices.

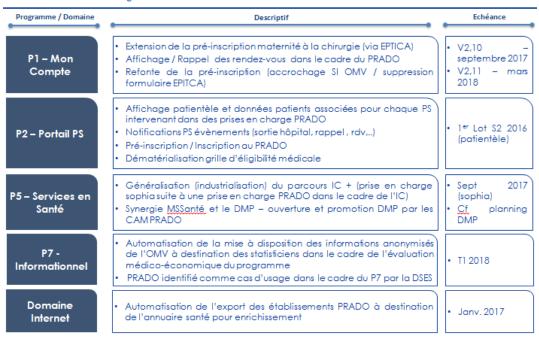
[280] Une réingénierie complète de l'Espace Pro - Ameli Pro - est en cours par le P2, et devra permettre de répondre à ces critiques d'ici la date de livraison prévue en 2019. En parallèle de ces évolutions, l'appropriation par les professionnels de santé exige également que la CNAMTS conduise une simplification des processus métier associés aux téléservices, notamment dans le domaine des avis d'arrêts de travail (AAT), porteur de forts enjeux de gestion du risque.

3.2.3 Une organisation inadaptée et un investissement insuffisant qui bloquent le développement des systèmes d'information de gestion du risque

[281] Le SDSI se montre peu adaptée à la gestion des projets de gestion du risque car elle privilégie une approche par usagers alors que la gestion du risque est un processus transverse. Il en résulte un éclatement et un silotage des projets, comme l'illustre l'exemple du PRADO présenté ciaprès.

Graphique 5 : SI PRADO – Trajectoire SI sur les différents programmes du SDSI

1 – SI PRADO : Trajectoire SI transverse CNAMTS PRADO: Présentation générale



Source: CNAMTS

[282] Non dotés budgétairement et sans pilotage unifié, les projets ne font l'objet d'aucune vision globale et l'approche présentée par la CNAMTS consiste souvent à isoler les apports fonctionnels qui peuvent être développés rapidement en les accrochant aux programmes du SDSI, sans investir dans des solutions mieux architecturées et pilotées de façon transverse.

[283] Afin d'avoir une vision unifiée sur le système d'information de gestion du risque, de permettre la mise en place d'un plan d'action dédié et de concentrer l'expertise métier et technique en la matière, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques est recommandée.

<u>Recommandation n°14:</u> Investir dans les projets de systèmes d'information de gestion du risque en développant la relation numérique aux professionnels de santé et la modernisation des outils des CPAM et des DRSM

4 LA PROCHAINE COG DOIT ETRE L'OCCASION D'UNE INFLEXION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET DES LEVIERS DE LA GESTION DU RISQUE

[286] Traditionnellement inscrite dans les COG de l'assurance maladie, la recherche de nouvelles thématiques de gestion du risque est désormais portée par le PNGDRESS. Cette nouvelle architecture conventionnelle ne minore toutefois pas le rôle de la COG dans la gestion du risque, et constitue même une opportunité pour la réorienter vers une approche encore peu développée : l'efficacité des leviers.

[287] Les résultats de la gestion du risque analysés en première partie - mais qu'il ne faut pas limiter à ceux de la maîtrise médicalisée des dépenses - rapprochés de ses coûts estimés à plus de 570 M€ dans la troisième partie, conduisent à s'interroger sur l'efficacité des moyens mobilisés et la stratégie suivie. C'est l'objet de cette quatrième partie.

[288] La bonne utilisation des leviers à la main de l'assurance maladie et de l'Etat joue un rôle contributif majeur dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque, mais l'étude de leur efficacité est restée un sujet encore peu documenté. Le tableau présenté après l'introduction de ce rapport présente ces différents leviers.

[289] La mission s'est efforcée d'analyser la plupart de ces outils afin de déterminer les moyens de progression existants et de clarifier les évolutions stratégiques souhaitables. Seules les incitations financières et l'organisation de l'offre de soins n'ont pas été abordées car elles ne relèvent pas directement de la COG.

[290] La mission conclut à la nécessité d'un vrai renouvellement des outils comme des orientations stratégiques qui devrait être au cœur de la prochaine COG.

4.1 Une inflexion nécessaire des leviers de gestion du risque dans le domaine ambulatoire

[291] L'assurance maladie a développé une approche spécifique d'accompagnement graduée des professionnels de ville qui constitue son principal levier de gestion du risque ambulatoire. Cette approche débute par un large accompagnement pédagogique et se renforce progressivement de mesures contraignantes ciblées sur les populations à fort enjeu.

[292] Cette démarche repose sur trois niveaux: un accompagnement pédagogique conduit par les délégués à l'assurance maladie (DAM) permettant d'échanger sur les pratiques et les évolutions règlementaires; un accompagnement renforcé sur des prescripteurs ciblés pour leur niveau de prescription atypique, au travers d'échanges confraternels avec le service médical; et enfin en cas de persistances de ces pratiques, la mise en place d'outils de suivi des prescriptions avec les procédures Mise sous objectifs (MSO) / Mise sous autorisation préalable (MSAP).

Graphique 6: Outils d'accompagnement déployés par l'assurance maladie en ambulatoire



(a) MSAP: mise sous accord préalable(b) MSO: mise sous objectif

Source: CNAMTS

[293] Le bilan des actions d'accompagnement et de sensibilisation des professionnels de santé, qui constituent le cœur de la gestion du risque et mobilisent beaucoup de moyens de l'assurance maladie, présente indubitablement des acquis. Néanmoins, des évolutions significatives sont nécessaires au cours des prochaines années.

4.1.1 Un volet pédagogique essentiel au maintien des liens avec les professionnels de santé mais qui contribue peu à faire évoluer structurellement les pratiques

4.1.1.1 Une forte activité d'accompagnement

[294] L'accompagnement, dont les modalités ont été rappelées dans le texte de la dernière convention médicale (article 64.1), a pour but d'assurer une fonction pédagogique en portant auprès des professionnels de santé les évolutions juridiques et les messages de santé publique concernant leur activité. Il a aussi et surtout un objectif de promotion des bonnes pratiques qui doit se traduire par une modification des comportements des prescripteurs et par une modération de la croissance des volumes d'actes et de prescriptions.

[295] Comme le montre le tableau ci-dessous, les DAM et les praticiens-conseils assurent annuellement près de 450 000 contacts avec les professionnels de santé de ville, dont 85 % sont le fait des DAM. On constate une certaine stabilité de ce chiffre au cours des dernières années. S'y ajoute le travail des 420 Conseillers Informatique Service (CIS) qui ont réalisé 100 589 contacts sur des sujets liés à l'utilisation des téléservices et des systèmes d'information – soit environ 239 professionnels de santé par CIS et une moyenne de 1,2 contact par jour ouvré.

Tableau 18 : Visites des professionnels de santé par les DAM, les praticiens conseils et les CIS, et visites d'établissements

	2014	2015	2016	En moyenne par mois	En % du total DAM + PC
DAM	383 289	371 005	368 773	31 200	85 %
PC	65 985	62 129	61 580	5 300	15 %
CIS	83 613	93 286	100 589	7 700	

Source: CNAMTS

[296] Les campagnes DAM touchent essentiellement les médecins généralistes dans une approche large qui touche en moyenne plus de 22 200 praticiens à chaque campagne nationale, tandis que les entretiens confraternels plus ciblés n'en concernent en moyenne que 1 700.

[297] Ce mode de relation est généralement bien perçu par les professionnels libéraux car adapté aux contraintes de leur pratique en cabinet. On constate toutefois depuis trois ans une hausse du taux de refus, plus marquée pour les entretiens confraternels, et qui n'est pas encore expliquée par l'assurance maladie.

Tableau 19: Evolution du taux de refus des campagnes d'accompagnement (en %)

	DAM	EC
2014	3,7 %	4,6 %
2015	4,6 %	5,3 %
2016	4,7 %	7,0 %

Source: DCGDR Auvergne Rhône Alpes

4.1.1.2 Une organisation du travail encore perfectible

[298] L'organisation du travail des DAM et des praticiens-conseils comporte des marges significatives de progression à plusieurs points de vue.

[299] Alors que les DAM en particulier ont, du point de vue organisationnel, une activité très proche de celle de visiteurs médicaux, ils ne sont pas gérés, faute notamment de pilotage national fonctionnel expérimenté par la CNAMTS, avec les mêmes exigences professionnelles de productivité, de contrôle de la qualité (grâce notamment aux visites accompagnées et aux formations obligatoires) ni de reporting.

[300] Leur travail, comme celui des praticiens conseils, n'est ni suffisamment normé, ni suffisamment évalué pour donner la pleine mesure de son efficacité. Signe de ces difficultés d'organisation, on constate une allocation hétérogène des DAM et des médecins conseils sur le territoire :

s'agissant des services médicaux, plusieurs échelons locaux du service médical ne disposent plus que de ressources extrêmement limités, voire aucun dans certaines situations temporaires. Ces carences s'expliquent par les difficultés de recrutement et un manque d'attractivité de la profession, bien identifiés par l'assurance maladie, qui poussent progressivement à élargir le recrutement au sein des services médicaux à des professions paramédicales;

l'importance des variations dans l'allocation des DAM est plus curieuse car non justifiée. Les variations autour de la moyenne nationale de 280 professionnels de santé (hors spécialistes) par DAM sont extrêmement importantes : 111 pour la CPAM d'Aurillac à 558 pour la CPAM de l'Hérault.

[301] La productivité des praticiens conseils qui font des entretiens confraternels et des délégués de l'assurance maladie est faible :

- En 2015, 152 ETP de praticiens conseils ont effectués 61 680 contacts avec les professionnels de santé dans le cadre de la RP2S, soit environ 400 par praticien et donc deux par jour ouvré ;
- la productivité des délégués est identique, bien qu'aucun texte ne règlemente leur intervention. En 2016, les 914 ETP on assurés 368 773 contacts soit également 400 par DAM et environ deux par jour ouvré. Ce chiffre doit intégrer des temps de déplacement et d'attente dans les cabinets des médecins qui peuvent être longs, mais ces contraintes sont également imposées à d'autres professions, comme les visiteurs médicaux dans les réseaux généralistes, qui réalisent environ cinq visites par jour.

[302] La mission préconise donc d'accroître significativement la productivité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils.

4.1.1.3 Une présence essentielle mais un impact limité sur les pratiques

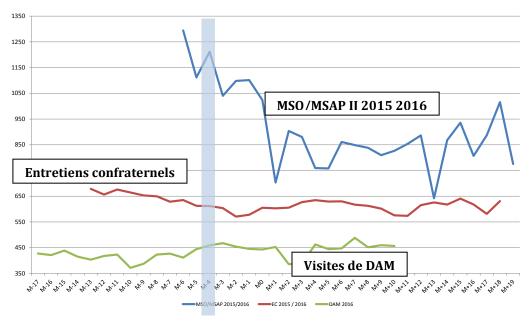
[303] La présence dans la durée, parfois depuis plus de dix ans sur le même secteur géographique, des DAM, des CIS ainsi que des praticiens conseils, a certainement concouru à améliorer, voire à normaliser dans un certain nombre de cas, les relations au quotidien entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Les CIS et les DAM humanisent utilement la relation avec l'assurance maladie et limite les « irritants ».

[304] Les entretiens réalisés par la mission avec les caisses et les professionnels de santé en témoignent amplement. Le rôle des CIS est, de ce point de vue, particulièrement positif et apprécié. Une enquête réalisée par la CPAM du Bas-Rhin et les constats de la mission concluent, au demeurant, à un impact positif des visites sur la satisfaction des médecins.

[305] Toutefois, les résultats en termes de modification des pratiques de prescription semblent assez modestes. Les rares études disponibles montre en effet un impact limité et peu durable des actions d'accompagnement. La littérature internationale a déjà évoqué les limites intrinsèques à ce type d'actions qui sont présentées comme un élément adjuvant de la palette des outils utiles à une plus grande efficience des soins, plutôt qu'un élément clé.

[306] La DCGDR de la région Auvergne-Rhône-Alpes a effectué une analyse comparative des prescriptions d'indemnités journalières sur différentes campagnes :

Graphique 7 : Evolution mensuelle du nombre d'indemnités journalières prescrites par trois « populations » concernées par différentes campagnes



Le rectangle bleu (« M0 ») représente le mois d'application de la mesure

Source: DCGDR Auvergne Rhône Alpes

[307] On constate sur ces données régionales le faible impact des entretiens confraternels et des visites de DAM à court et moyen terme.

[308] Trois études nationales portant sur les entretiens confraternels confortent cette analyse sans pour autant permettre de se prononcer clairement sur l'efficacité de l'accompagnement. La mission a retenu les deux études les plus rigoureuses au plan méthodologique – utilisation d'une population « témoin » pour neutraliser d'éventuels effets exogènes.

Tableau 20 : Impact à 5-7 mois de la campagne d'échanges confraternels de septembre à novembre 2015 sur les arrêts de travail

		Avant	Après	Différence
Part des patients actifs ayant perçu des IJ	MG visités	15,38 %	15,22 %	-0,16 %
	MG témoins	15,28 %	15,44 %	0,16 %
Nombre d'IJ par patients en ayant perçu (jours)	MG visités	31	29,23	-1,77
	MG témoins	31,02	29,5	-1,52

Source: CNAMTS

Tableau 21 : Impact à 1-3 mois de la campagne d'échanges confraternels d'avril à octobre 2016 – Dosage PSA cancer de la prostate

		Avant	Après	Différence
Part des patients avec dosage total	MG visités	19,70 %	17,30 %	-2,40 %
ou libre	MG témoins	19,20 %	18,60 %	-0,60 %
	MG visités	4,30 %	3,50 %	-0,80 %
Part des patients avec dosage libre	MG témoins	4,50 %	4,10 %	-0,40 %

Source: CNAMTS

[309] Les résultats démontrent, au mieux, une légère amélioration de la prescription suite aux entretiens confraternels comparativement à la population témoin. La CNAMTS n'a pas conduit d'analyse de rentabilité de ces actions, mais avec 4 480 médecins contactés, la campagne d'IJ aurait mobilisé environ 2 240 jours de praticiens conseils (deux entretiens par jour en moyenne), soit 11 ETP ce qui représente un coût conséquent au regard des faibles améliorations constatées.

[310] De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont d'ailleurs souligné un fort sentiment d'épuisement et de frustrations face à l'inefficacité ressentie des visites et des contacts sur un certain nombre de champs de dépenses (transports, IJ...) et appelé de leurs vœux la mise en œuvre de mesures de gestion du risque plus structurelles (rémunérations, tarifs...).

4.1.1.4 Un contenu informationnel que les professionnels de santé de ville appellent à renouveler en profondeur

[311] Les visites et les entretiens auprès des professionnels de santé s'articulent autour de la diffusion de messages portées par des campagnes nationales, et d'interactions personnalisées sur la base de « profils » individualisés autour de thématiques définies localement ou nationalement.

[312] L'hétérogénéité et la multiplicité des thématiques portées par les DAM - et dans une moindre mesure les praticiens conseils - pose problème en ce qu'elle relativise précisément la priorité donnée à la gestion du risque dans leur activité. La succession des campagnes et l'obligation d'aborder au cours du même contact plusieurs thèmes (un thème principal et un ou deux thèmes secondaires) vont à l'encontre de pratiques qui invitent à réitérer le même message auprès des professionnels de santé.

[313] Des réflexions sont en cours pour adapter les thématiques abordées et les orienter dans une approche attentive aux besoins exprimés par les professionnels de santé. La mise en place de l'expérimentation du Plan Personnalise d'Accompagnement en avril 2017 en est première une traduction tangible.

Encadré 5 : Le Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

Le PPA est une offre optionnelle de l'assurance maladie, proposée comme aide aux professionnels de santé avec pour objectif d'approfondir la connaissance de leurs pratiques et la situer par rapport à leurs confrères d'environnement comparable, de co-construire un programme d'évaluation de leur pratique et d'améliorer leurs résultats en termes de ROSP.

Le PPA est expérimenté auprès de 20 médecins dans une trentaine de département, soit au total environ 700 médecins. L'accompagnement prévu, d'une durée d'un an, comprend : une visite inaugurale DAM/PC, 3 à 4 visites DAM sur le partage des référentiels, des profils et des outils, au moins 2 entretiens confraternels sur les cas patients, et une visite bilan DAM/PC.

[314] En attendant les résultats de cette expérimentation, la nature des informations apportées aux professionnels de santé doit être revue en profondeur.

[315] La délivrance d'informations personnalisées est un soutien essentiel des échanges et reçoit un accueil favorable de la plupart des professionnels de santé, mais la méthode s'est peu renouvelée malgré les évolutions technologiques et les demandes d'une approche plus fine de leurs pratiques par les professionnels. Les profils fournis par la CNAMTS utilisent une maille trop large pour soutenir un argumentaire précis et personnalisé sur l'évolution des pratiques. Les profils ne mettent pas suffisamment en perspective la pratique du PS avec la composition de sa patientèle en termes d'âge, de genre, d'antécédents médicaux... Ils sont également communiqués à des fréquences trop espacées : à titre d'exemple, les tableaux de bord ROSP ne sont alimentés que trimestriellement.

[316] Les données fournies véhiculent trop souvent des messages d'écart aux bonnes pratiques qui demandent également que l'on souligne de façon positive leurs bonnes pratiques et les retours d'expérience sur les améliorations constatées à l'occasion des précédentes campagnes.

[317] Les médecins expriment également une forte attente pour que l'assurance maladie les aide à identifier les patients auprès desquels les actions proposées seraient les plus efficaces : gros consommateurs de médicaments non-génériques, patients en inobservance de traitements, absence d'actes de prévention ...

<u>Recommandation n°15:</u> Approfondir la relation avec les professionnels de santé en développant l'accompagnement personnalisé et en enrichissant le contenu informationnel

4.1.2 Des MSO et MSAP peu utilisées et perçues comme stigmatisantes

4.1.2.1 Une procédure longue et lourde s'agissant des MSAP

[318] La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure de mise sous accord préalable (MSAP)⁴⁵ pour les médecins dont les prescriptions ressortent comme atypiques par leur poids ou leur structure. Elle permet de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée maximale de six mois, la prise en charge totale ou partielle de certaines prescriptions de ces praticiens. La MSAP présente un caractère contraignant qui peut aller jusqu'à des pénalités financières en cas de récidive après deux périodes de MSAP⁴⁶ à l'appréciation de la CPAM et après avis de la commission des pénalités.

⁴⁵ Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶ Article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

[319] Cette procédure a été complétée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010⁴⁷ d'une procédure susceptible de précéder la mise sous accord préalable : la mise sous objectif (MSO). Dans le cadre de la MSO, les praticiens se voient proposer par l'assurance maladie un objectif de réduction de leurs prescriptions à atteindre. La mise sous accord préalable n'est engagée qu'en cas de refus du praticien de s'engager dans cette démarche, ou d'échec de la MSO.

[320] Depuis 2016, une période d'observation de quatre mois précède systématiquement le déclenchement des MSO/MSAP, qui dure pour les médecins touchés quatre ou six mois. La longueur de la procédure est dénoncée par les professionnels de santé qui sont de fait placés sous « observation » pendant presque un an.

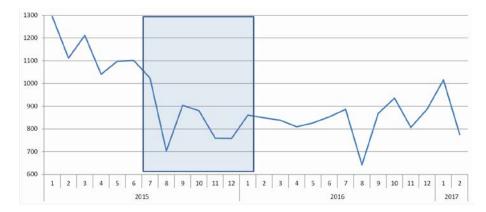
[321] S'agissant des coûts de gestion, la mission n'a pu obtenir de données précises au niveau national, mais le réseau privilégie unanimement l'application de la MSO qui réduit notablement les coûts d'intervention (environ deux entretiens par procédure de quatre mois).

4.1.2.2 Des résultats essentiellement générés pendant la phase d'observation précédant la MSO/MSAP

[322] Les récentes revues de dépenses de l'IGAS et de l'IGF sur les indemnités journalières et les transports sanitaires ont conclu à une efficacité à court-terme des MSO/MSAP appréciée sur la base des dépenses « nettes » évitées : environ 56,5 M€⁴⁸ sur les indemnités journalières, soit 5 473€ par praticien généraliste, et 25 723€ par spécialiste sur les Transports.

[323] Mais cette efficacité doit être nuancée. A court-terme, les rapports ont identifié des phénomènes de contournement des MSAP (transfert de la prescription vers un autre praticien) qui viennent limiter l'efficacité de ce levier. On constate, par ailleurs, un effacement des bénéfices à moyen-terme : après une période de quelques mois, on finit par retrouver les niveaux de prescription équivalents à ceux de l'ouverture de la procédure.

[324] La mission a tenté de documenter ce phénomène largement décrit par le réseau mais n'a pu obtenir de la part de l'assurance maladie que les résultats d'une étude communiquée par la DCGDR Auvergne-Rhône-Alpes. Les résultats, illustrés dans le graphique ci-dessous, montrent l'effet retour après l'application de la MSAP (le rectangle bleu correspond à la période de MSAP) :



Graphique 8: Nombre d'IJ/mois prescrit par les PS en MSAP - Région AURA

Source: DCGDR Auvergne Rhône Alpes

⁴⁸ Soit quatre mois (MSO) et six mois (MSAP).

⁴⁷ Décret n°2011-551 du 19 mai 2011

[325] En réalité, l'effet de la procédure est essentiellement attribuable à la phase d'entretiens qui précède la MSO/MSAP, c'est-à-dire avant le rectangle bleu sur le graphique : les professionnels modifient leur pratique durant la phase d'observation en prévention d'une éventuelle application de la procédure.

[326] Les données à l'échelle nationale confirment cette tendance : une majorité de médecins (55 %) a déjà réduit ses prescriptions d'arrêts de travail de plus de 20 % pendant la période d'observation, et 15 % supplémentaires l'on réduit de plus de 10 %.

4.1.2.3 Un caractère dissuasif très relatif en raison d'une faible application des pénalités

[327] Les MSO/MSAP doivent jouer un rôle dissuasif essentiel dans le dispositif d'accompagnement, mais le ciblage restreint les empêche d'assurer effectivement ce rôle. Les MSAP sont peu appliqués et seule une extrême minorité de la population fait l'objet des pénalités financières - ici environ un médecin par département par campagne - comme l'illustre le tableau cidessous :

Tableau 22 : Accompagnement et MSO/MSAP des médecins généralistes sur les IJ en région Auvergne-Rhône-Alpes

Effectif total Généralistes		dont entretien MC	dont période observation		Pénalisables	Pénalités
7 900	3 260	1 210	136	86	16	7

Source: Assurance maladie

[328] La faible application des pénalités financières (seuls 0,09% des médecins en région AURA ont fait l'objet de sanctions) pourrait expliquer les difficultés à pérenniser les améliorations constatées les premières semaines d'applications des dispositifs.

[329] D'après les interlocuteurs rencontrés sur le terrain, les MSO auraient une meilleure efficacité que les MSAP car elles privilégieraient la responsabilisation des professionnels de santé autour d'objectifs partagés. Ces résultats n'ont pas pu être étayés, aucune étude n'ayant été communiquée à la mission sur ces sujets dans les délais impartis. Toutefois, les MSO présentent l'avantage d'avoir des coûts de gestion moindres que la MSAP.

<u>Recommandation n°16:</u> Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires, en privilégiant un recours plus large à la MSO

4.2 Un outil potentiellement efficace : les demandes d'autorisation préalable

4.2.1 Un programme qui s'est bien déployé mais dont les thématiques ne sont pas toujours pertinentes en terme d'enjeux financiers

[330] La demande d'autorisation préalable (DAP) soumet le remboursement d'un acte ou d'un produit à l'accord préalable de la CPAM. Ce mécanisme permet de limiter le recours à des produits, actes ou soins quand ceux-ci ne sont pas justifiés sur le plan médical, et pour s'assurer du respect des indications effectivement prises en charge, notamment lorsque les traitements sont onéreux.

[331] La procédure est manuelle sauf pour la DAP Hypocholestérolémiants (Crestor, Ezetrol et Inegy) accessible par téléservices et automatisée avec un algorithme décisionnel permettant une réponse instantanée, procédure suivie dans environ ¾ des 400 demandes mensuelles.

[332] Contrairement à la MSO/MSAP qui ne s'applique qu'à une population ciblée pour ses pratiques atypiques, la DAP est applicable nationalement à tous les professionnels de santé. Un médecin peut prescrire sans DAP mais il doit alors apposer la mention non-remboursable.

[333] Les DAP se sont déployées sur une dizaine de thématiques. L'identification précise du périmètre et des modalités d'application a été rendue difficile en raison de la profusion des bases juridiques (règlements, lettres réseau) et de l'absence de pilotage au niveau national. Dans l'ensemble, les DAP sont appliquées sur des champs aux enjeux financiers modestes, ce qui illustre une nouvelle fois les défauts d'évaluation des leviers de la gestion du risque.

Tableau 23 : Thématiques des demandes d'autorisation préalable

Grand appareillage (R 165-3 CSS): demande (Q7) et dispositif non inscrit à la LPP ou renouvellement (Q25)

Chirurgie plastique

Actes de masso-kinésithérapie : dépassements de seuil pour des situations de rééducation (16 reférentiels)

Transports (R.322-10-4 CSS): longue distance (plus de 150 km), transports en série, en avion ou en bateau de ligne régulière, liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médicosociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Assistance respiratoire de longue durée à domicile - Forfait 6 (ventilation assistée < 12h)

Soins lourds programmés à l'étranger

Chirurgie de réassignation (transsexualisme)

Orientation vers les établissements médico-sociaux belges

Hypocholestérolémiants (disponible en téléservice)

Certains examens et analyses de laboratoire [non déterminés au jour de la rédaction du rapport]

Traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF)

Source : Mission d'après données CPAM Rhône et ameli.fr

4.2.2 Des résultats intéressants qui pourraient encore être améliorés

[334] Le recours à la DAP a globalement reculé sur le plan international en raison de sa lourdeur de traitement. Toutefois, lorsque la gestion est automatisée et que les délais de réponse sont brefs, les DAP sont largement utilisées comme aux Etats-Unis ou en Autriche (« EKO ») où les DAP concernent près de 1088 molécules.

[335] La CNAMTS n'a pas communiqué le nombre de DAP annuelles au niveau national, mais il pourrait être compris entre 500 000 et un million⁴⁹ selon les données recueillies par la mission. On estime que les volumes sont concentrés sur seulement trois thématiques: les transports (env. 575 000), le grand appareillage (env. 320 000), et la chirurgie plastique (env. 30 000). A l'exclusion de ces thématiques, l'activité de la majorité des DAP est donc extrêmement faible, le téléservice Hypocholestérolémiants ne traitant par exemple que 300 demandes par mois.

 $^{^{49}}$ Extrapolé à partir de 18 731 DAP Transports reçues au niveau national entre le 10 et 21 octobre 2016 d'après la CNAMTS, et 10 139 DAP reçues par l'ELSM du Rhône en 2016

[336] La DAP recherche un effet « pédagogico-dissuasif », permettant l'arrêt ou la substitution des prescriptions, mais cet effet est rarement évalué. Les résultats se limitent souvent aux dépenses évitées sur la base du nombre d'avis défavorables émis.

Encadré 6 : DAP a priori ou contrôle a posteriori ? Etude locale d'une CPAM sur les Transports

La CPAM traite annuellement environ 8 000 DAP Transports.

A partir des données de la CPAM (taux de refus de 7,4 % et taux de limitations de 17,0 %), les DAP permettraient de générer des économies d'environ $385\,000\,$ € par an, correspondant à environ $1\,$ % des dépenses totales de transports.

Avec 1,5 ETP dédiés au traitement complet des DAP, le ratio d'économies serait d'environ 256 000€/ETP.

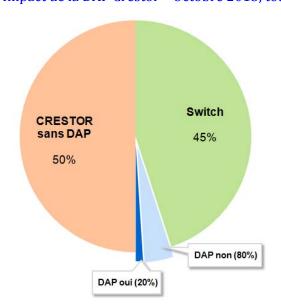
Ces données sont à rapprocher de celles des contrôles locaux de facturation, aléatoires, ciblés sur certains transporteurs ayant présenté des anomalies importantes dans les contrôles aléatoires antérieurs, et ciblés par requête sur des types d'anomalies (exemple transports pour des invalides sans ALD pour vérification des conditions règlementaires).

La CPAM y a consacré 0,5 ETP en 2014 pour 100 000€ d'indus, 0,6 ETP en 2015 pour 90 000€ d'indus, et 0,5 ETP en 2016 pour 100 000€ d'indus, soit en moyenne environ 200 000€ d'indu/ETP, qui sera minoré de l'aléa sur le recouvrement des indus.

On peut donc conclure dans ce cas précis que les contrôles locaux a posteriori tels qu'ils sont pratiqués dans la CPAM sont moins rentables que le traitement des DAP, même la CPAM tient à faire les deux.

[337] Seule la DAP hypocholestérolémiants a fait l'objet d'une évaluation complète, rendue possible par l'exhaustivité des données collectées par la procédure automatisée. Le dispositif a eu un impact réel sur le bon usage de ces médicaments en réduisant de 45 % les prescriptions d'instauration (soit environ 15 000 prescriptions par mois pour le Crestor) comme l'illustre le graphique ci-dessous (cf. « switch »).

[338] Toutefois, l'effet de la DAP pourrait être amélioré car de très nombreuses prescriptions continuent à être effectuées sans recours à la DAP (cf. « Crestor sans DAP » dans le graphique cidessous), le recours à la DAP n'étant que l'exception (5 %, cf. graphique ci-dessous).



Graphique 9: Impact de la DAP Crestor – Octobre 2015, tout prescripteur

Source: Direction de la sécurité sociale

[339] Le caractère dissuasif de la DAP est un atout majeur pour inciter les pouvoirs publics à recourir à des outils de régulation contractuels, à l'image du CEPS qui a ainsi conclu un accord de bon usage avec les laboratoires sur le Liptruzet afin d'éviter une DAP.

[340] Des réflexions sont également en cours avec la DSS afin d'identifier dans le domaine du médicament de nouveaux champ d'application à la DAP automatisée.

4.2.3 Une gestion manuelle chronophage et largement inutile

54

46

[341] La chaîne de traitement des DAP est manuelle et mobilise des ressources importantes au sein des CPAM et des DRSM, avec une faible valeur ajoutée.

[342] La gestion est extrêmement chronophage et dépasse les moyens mobilisables, et force les CPAM à modifier les règles de gestion pour simplifier le traitement administratif, voire le supprimer, comme on le voit dans le tableau ci-dessous où l'on constate que 18 CPAM auraient supprimé purement et simplement le traitement des DAP Transports :

Règles de gestion de la DAP (nb de caisses)	Trajet de plus de 150 km	Transport en série	Transport en avion ou bateau	Transport pour CAMSP/CMPP	Total
Suppression	15	11	1	1	18
Accord immédiat	38	24	14	30	51
Refus immédit	21	16	14	11	24

Tableau 24 : Règles de gestion locales des DAP Transports (en nombre de CPAM)

47

39

38

43

18

24

56

Source: Enquête CNAMTS auprès du réseau

Refus partiel

Cas par cas

[343] De fait, un service médical rencontré par la mission a déclaré être confronté à une forte volumétrie qu'il ne pouvait pas gérer l'obligeant à classer des DAP reçues sans suite.

[344] Malgré cela, les caisses sont quand même astreintes à un traitement administratif lourd en raison de contraintes juridiques et comptables. Les documents papiers font un aller-retour entre la CPAM et le service médical, seul habilité à détruire le volet médical du document dont la caisse doit conserver le volet administratif par obligation comptable. Outre l'engagement d'un processus de dématérialisation des déclarations, cette procédure gagnerait à être simplifiée, par exemple avec des conventions permettant la destruction du volet médical par la CPAM.

[345] Enfin, ces modalités sont pénalisantes pour les assurés et les professionnels de santé qui doivent attendre l'expiration du délai de silence de quinze jours pour être informés de la prise en charge car dans certaines caisses, les avis favorables ne sont plus notifiés.

[346] Le recours à des algorithmes permettrait d'augmenter les volumes traités et d'accélérer les délais de réponse, conditions indispensables au succès des DAP. Les sujets à forte composante règlementaire (IJ, prescriptions en première intention, transports ...) pourraient être privilégiés car il est plus facile d'établir des référentiels opposables et la part d'appréciation personnelle du médecin y est moins importante que les sujets à forte composante thérapeutique.

^{*} Une même caisse pouvant avoir plusieurs règles de gestion de la DAP, il ne s'agit pas de la somme de chaque ligne

<u>Recommandation n°17:</u> Simplifier et automatiser le traitement des DAP, idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat

[347] La mission a également constaté que le processus de liquidation des prestations soumises à DAP était défaillant. En effet, les avis médicaux et administratifs ne sont pas intégrés lors de la prise en charge car saisis manuellement dans un outil (Progress « Mise à jour ») qui n'est pas consulté lors de la liquidation. Concrètement, rien n'empêche donc le remboursement d'un acte ou d'une prescription refusée par l'assurance maladie.

[348] Plus généralement, certaines contraintes de prescription ne sont pas intégrées dans les chaînes de liquidation, comme les médicaments devant faire l'objet d'une prescription en première intention par un praticien hospitalier, puis en seconde intention par un spécialiste.

Recommandation n°18: Intégrer automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation

Encadré 7 : Audit synthétique du protocole DAP en Auvergne Rhône Alpes (hors téléservices)

Il n'est pas possible de savoir au moment de la liquidation de la prestation si une demande d'autorisation préalable est en cours de traitement. Même lorsque l'avis défavorable est émis, le remboursement de la prestation peut-être effectué car il n'y a pas de contrôle de l'existence d'un avis dans la chaîne de liquidation.

Lorsque le service médical se prononce les avis sont saisis dans Hippocrate et transmis au service administratif par l'application LM2A.

Les avis défavorables (médicaux et administratifs) sont ensuite saisis dans le dossier patient de l'application « PROGRES - Mise à jour ». Dans la majorité des cas la saisie s'effectue dans une simple zone texte où sont stockées d'autres informations sur le patient (mutation si il vient d'une autre CPAM, refus d'IJ), et qui est régulièrement purgée des informations trop anciennes.

Lorsqu'elle procède à la liquidation, la CPAM ne vérifie pas l'existence d'un avis défavorable :

- pour les feuilles de soins télétransmises (95 % des paiements) : la procédure de paiement est automatisée et il n'existe aucun contrôle des avis, les seuls rejets étant techniques (faute de frappe, incohérence de date ...) ;
- pour les feuilles de soins non-télétransmises : le paiement est effectué par un opérateur à partir de l'application PROGRES PN (si la feuille est non-numérisable) ou SYNERGIE (numérisable), sans vérification de l'existence d'un avis médical saisi dans « PROGRES Mise à jour ».

Les vérifications comptables ne concernent que les thèmes identifiés dans le plan d'agent comptable (ex : 4500 € de seuil, 150 km sur les transports, soins à l'étranger).

[349] Enfin, les DAP ont fait l'objet de récentes décisions du Conseil d'Etat qui en ont encadré les conditions d'exercice, en limitant le recours aux seuls médicaments très coûteux. Le dispositif est par ailleurs régi par des dispositions légales considérées comme restrictives (ex: pas de DAP préventive) ou imprécises (modalités de calcul des distances pour les DAP transports). Une modification des dispositions législatives serait souhaitable pour sécuriser l'application des DAP.

4.3 Une action qui s'est développée au sein des hôpitaux et qui doit se renforcer

[350] Confiée aux ARS par la loi HPST de 2009, la gestion du risque dans les établissements de santé fait désormais l'objet d'une compétence partagée depuis le plan ONDAM en 2015. Au cours de la dernière COG l'assurance maladie a progressivement réinvesti l'hôpital en s'appuyant sur les leviers qu'elle mobilise traditionnellement sur le secteur ambulatoire : accompagnement des professionnels de santé, MSAP, et elle y a même dédiée une offre de service PRADO.

[351] De nombreux outils sont également déployés en commun avec les ARS comme le dialogue de gestion, les CAQES ou les PAPRAPS. Les services hospitaliers rencontrés favorisent cette approche commune qui, outre l'association de moyens complémentaires, renforce la portée des messages.

4.3.1 Un accompagnement qui doit davantage se spécialiser sur les besoins de l'hôpital

[352] Sujet peu traité par les ARS, la gestion du risque dans les établissements de santé a été progressivement investie par l'assurance maladie qui a déployé ses actions d'accompagnement. Les DAM et les praticiens conseils interviennent pour échanger sur les pratiques et véhiculer les messages sanitaires et règlementaires portés par les campagnes.

[353] L'accompagnement dans les services hospitaliers reste néanmoins une activité marginale. Les hôpitaux font l'objet d'environ cinq campagnes nationales annuelles par échanges confraternels, représentant toutes campagnes confondues 17 133 contacts soit 3 % seulement du total de l'assurance maladie en 2016.

[354] De par son mode de fonctionnement institutionnalisé, l'hôpital offre un cadre plus favorable que la ville à l'internalisation des recommandations de bonnes pratiques, à condition de pouvoir convaincre les professionnels concernés de manière individuelle ou collective.

[355] Consciente de ces enjeux, l'assurance maladie a progressivement adapté ses interventions aux spécificités du monde hospitalier :

- face au nombre important d'interlocuteurs hospitaliers, les délégués de l'assurance maladie adoptent un positionnement pluridisciplinaire et privilégient le rôle de point de contact auprès de l'ensemble des acteurs;
- des approches partenariales émergent afin d'amener un appui technique à des professionnels de santé parfois très spécialisés. C'est le cas sur le médicament ou l'accompagnement par les OMEDIT se systématise.

[356] Toutefois des difficultés persistent et pourraient faire l'objet d'amélioration à l'horizon de la prochaine COG :

- les supports informationnels manquent de pertinence et de profondeur d'information, et sont systématiquement datés parfois de 18 mois. L'alimentation en indicateurs utiles et actualisés constituerait une première piste qui faciliterait l'appropriation des messages dans les services. Les comparaisons contextualisées avec d'autres établissements du bassin de patientèle seraient appréciées;
- la pénétration des téléservices de l'assurance maladie est très faible en milieu hospitalier et pourrait être favorisée par le développement d'une offre de services spécifiques aux établissements;
- enfin, l'identification plus précise des prescripteurs n'est toujours pas mise en œuvre sur la totalité du territoire, en dépit de recommandations récurrentes. Le numéro Finess et le numéro porté au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) du prescripteur ne sont pas systématiquement renseignés. L'identification des prescripteurs améliorerait pourtant l'efficacité des actions menées par l'assurance maladie.

Encadré 8 : La mise à jour par la CNAMTS des données hospitalières

La CNAMTS et le réseau s'opposent sur la fraîcheur des données hospitalières communiquées aux établissements, certaines caisses se plaignant de disposer de données particulièrement datées (18 mois).

Contacté par la mission, l'ATIH a déclaré qu'elle mettait à disposition de la CNAMTS deux sources de données hospitalières (PMSI) pour alimenter le SNIIRAM :

- Mensuellement, une mise à jour des données envoyées par les établissements depuis le début de l'année civile en cours, avec un décalage technique d'environ 1,5 mois (ex : les données disponibles en juin 2017 portaient sur la période de janvier à avril 2017). La CNAMTS aurait récemment omis à deux occasions de télécharger ces données livrées par l'ATIH (octobre 2016 et février 2017), ce qui témoigne d'une utilisation irrégulière de cette source ;
- Annuellement des données dites « scellées », c'est-à-dire définitivement corrigées des déclarations tardives des établissements, sont communiquées en avril de l'année N pour l'année N-1 (données PMSI 2016 communiquées à la CNAMTS fin avril 2017). La production de données à partir de cette base conduit donc à des décalages temporels importants, notamment durant les premiers mois de l'année (en mars 2017 on ne disposait que des données scellées 2015), ce qui pourrait expliquer les décalages constatés par le réseau.

4.3.2 Un nouvel outil de contractualisation : le CAQES

[357] Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)⁵⁰ fusionnera l'ensemble des contrats proposés dans un document unique à compter du 1^{er} janvier 2018 dans une volonté de simplifier et d'harmoniser les leviers contractuels proposés aux établissements.

[358] S'adressant à l'ensemble des établissements sur des volets thématiques qui pourront être décidées au cas par cas, le CAQES permettra de sortir d'une logique de gestion du risque ciblée sur seulement deux thématiques (transports et médicaments) et ne couvrant que les établissements les plus atypiques.

[359] Le champ de la contractualisation sera défini par le volet socle du médicament et des volets facultatifs pour certains établissements, laissés à la main de l'ARS et de la CPAM.

[360] Avec ces volets facultatifs, le CAQES offrira l'occasion pour l'assurance maladie d'étendre conjointement avec l'ARS le champ de la gestion du risque dans les établissements de santé, et de les mobiliser sur des indicateurs aujourd'hui inaccessibles aux outils de la gestion du risque, comme l'enrichissement des données de gestion ou les niveaux d'équipement (renseignement du RPPS, utilisation des téléservices).

[361] A ce stade très préliminaire, il n'est pas encore possible de préciser le rôle que jouera le CAQES dans la gestion du risque.

_

⁵⁰ Article L 162-30-2 du Code de la sécurité sociale

4.3.3 Une MSAP hospitalière qui a contribué à internaliser le respect des recommandations

[362] En complément de ses actions d'accompagnements, l'assurance maladie a déployé un dispositif de mise sous autorisation préalable (MSAP) qui consiste à subordonner à l'avis du service médical de l'assurance maladie certaines admissions ou orientations de patients en établissements hospitaliers. Pendant l'application de la procédure, chaque intervention ciblée doit bénéficier de l'accord préalable pour pouvoir être facturé.

[363] Comme pour les professionnels de ville, la MSAP ne s'adresse qu'à certains établissements ciblés pour l'atypie de leur activité. Le ciblage est effectué par l'assurance maladie qui émet un avis mais la décision finale d'application de la MSAP appartient depuis 2016 à l'ARS⁵¹, en application des orientations du plan d'amélioration de la pertinence des soins.

[364] 5 389 MSAP⁵² ont été traitées en 2016, en baisse par rapport à 2014 (6 440), sur un vaste champ de gestes opératoires réparti en trois volets :

- Chirurgie ambulatoire : 55 gestes validés par les sociétés savantes ;
- Pertinence : 8 gestes (dont la chirurgie bariatrique) ;
- > Orientation en SSR : six gestes orthopédiques validés par la HAS.

[365] En matière de chirurgie ambulatoire, les MSAP ont contribué fortement à l'augmentation du taux d'ambulatoire. La progression régulière du taux de chirurgie ambulatoire témoigne d'une pérennisation dans la durée des effets attribués aux MSAP, signe que les établissements internalisent plus facilement le respect des recommandations que les professionnels de ville pour lesquels on constate un phénomène de retour aux pratiques antérieures.

[366] L'effet contributif de la MSAP à l'amélioration des pratiques de chirurgie ambulatoire doit néanmoins être modéré car il s'inscrit dans une politique de développement qui a favorisé l'application de plusieurs leviers, notamment une politique tarifaire favorable⁵³. On constate d'ailleurs qu'en l'absence de cette incitation financière, comme sur les MSAP SSR et Pertinence, l'impact du dispositif est moindre : des taux d'avis défavorables importants sont encore constatés sur la MSAP chirurgie bariatrique malgré l'antériorité d'un programme connu depuis 2009-2010, ce qui témoigne de difficultés d'appropriation persistantes des recommandations.

[367] Le sujet du maintien des MSAP est ouvert maintenant que les établissements vont entrer dans une démarche contractuelle qui va mobiliser de nouveaux moyens. Les pénalités financières prévues par les CAQES assureront une fonction dissuasive, mais en s'appliquant à l'établissement dans son ensemble, il est probable qu'elles ne jouent pas le rôle attendu pour modifier les pratiques à l'intérieur des services. Grâce à un impact sur l'activité des services, la MSAP jouera un rôle complémentaire et essentiel pour aider à internaliser les recommandations.

 $^{^{51}}$ Décret n°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

⁵² Le bilan d'activité des MSAP figure en annexe 6.

⁵² Le bilan d'activité des MSAP figure en annexe 6. 53 Des travaux de recherche sont actuellement conduits par l'INSEE et la DREES sur ce sujet de la contribution des leviers

au développement de la chirurgie ambulatoire, qui devraient faire l'objet d'une publication d'ici la fin de l'année

4.4 Des programmes en direction des assurés qui doivent évoluer

[368] Afin d'éviter les redondances avec la mission actuellement conduite par la Cour des comptes, les contrôles du service médical auprès des assurés (dite CPR2A) n'ont pas été retenus dans le périmètre du présent rapport qui s'est concentré sur PRADO et SOPHIA.

4.4.1 PRADO, un programme qui doit faire l'objet d'une véritable évaluation externe⁵⁴

4.4.1.1 Un volet Maternité bien déployé mais une diversification de PRADO mal maitrisée

[369] Le Programme d'Aide au retour à Domicile (Prado) est un service d'accompagnement qui permet à des patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile.

[370] Initié en 2010 par la CNAMTS, le volet Maternité revendique 1,2 millions d'adhérentes⁵⁵ depuis sa création. Avec près 391 512 adhésions en 2016, PRADO couvre désormais plus de la moitié des naissances en France, signe d'une très large appropriation tant par les établissements que par les assurés. PRADO a incontestablement permis de faire entrer l'assurance maladie à l'hôpital où son offre de services, notamment sur le volet Maternité, est bien perçue tant par les personnels que par les patientes.

[371] Ce succès a largement motivé la diversification thématique de PRADO qui compte deux volets supplémentaires: les sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique, étendu à l'ensemble des actes de chirurgie depuis juin 2016, et un volet Pathologies Chroniques ouvert à la généralisation en septembre 2016, qui est décliné en deux programmes concernant des épisodes aigus: décompensation cardiaque et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO.

[372] Sur les volets supplémentaires, seul le programme Chirurgie a su trouver un public d'assurés, avec 36 653 adhésions en 2016, mais l'importance des écarts territoriaux quatre ans après son lancement souligne la persistance de nombreuses réticences locales qui n'ont pas su être surmontées. 5 450 personnes ont adhéré au volet Pathologies chroniques, avec un très faible effectif en BPCO (670).

[373] Depuis 2015, de nombreux projets d'extension ont également été lancés, ou sont à l'étude : extension de la Maternité aux « sorties précoces », extension de la Chirurgie à tout type de chirurgie (1 148 adhésions) et action spécifique fragilités osseuses, accident vasculaire cérébral, personnes âgées et plaies chroniques, mais aucun ne s'est durablement installé.

[374] La faute en revient pour partie à une conception qui s'est largement appuyée sur une approche expérimentale au détriment d'évaluations rigoureuses.

[375] La logique d'extension de PRADO est peu remise en cause par la CNAMTS y compris lorsque les résultats sont décevants. Les nouveaux programmes se maintiennent malgré des faibles adhésions : les volets Plaies Chroniques et Personnes Agées ont été repositionnés sur des nouvelles

⁵⁴ Cf. annexe 7 pour un bilan détaillé du programme.

⁵⁵ Février 2017, données de l'Outil Multi-Volets issues de la saisie des CAM

cibles, et l'expérimentation sur la prise en charge des frais de Transport a été prolongée jusqu'en 2017 malgré un faible niveau d'adhésions.

[376] Les chiffrages internes sont rares, peu documentés. Sept ans après son lancement, PRADO n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation externe exhaustive, ce qui alimente un climat de défiance face aux évaluations de la CNAMTS, et nourrit les réticences tant de certains hospitaliers que des professionnels libéraux.

[377] Une meilleure exploitation des données issues de la base PRADO permettrait certainement d'en évaluer l'efficacité médico-économique. La CNAMTS, qui a du concevoir une base compartimentée pour répondre aux exigences de la CNIL, ne complète les données PRADO par les des données SNIIRAM qu'à l'occasion d'une extraction annuelle, ce qui pénalise le suivi et le pilotage. Des travaux ont été engagés afin d'automatiser le processus de remontée et la mise en œuvre de calculs en routine sur l'évaluation du dispositif.

Recommandation n°19: Procéder à une évaluation externe de PRADO avant d'envisager de nouvelles orientations

4.4.1.2 Un programme promu comme un contributeur majeur à l'ONDAM mais qui n'a pas atteint les résultats espérés

[378] En 2014, PRADO était promu par la CNAMTS comme un contributeur majeur de l'ONDAM portant des économies estimées à 576 M€ dans le plan 2015-2017. La CNAMTS continue à soutenir le développement de ses projets avec d'importantes espérances d'économies : le volet Plaies chroniques devait – repositionné depuis - générer 100 M€ d'économies sur les prises en charge de ville et réduction des durées de cicatrisation (ce chiffre a été déterminé sur la base d'une généralisation sur la totalité du territoire).

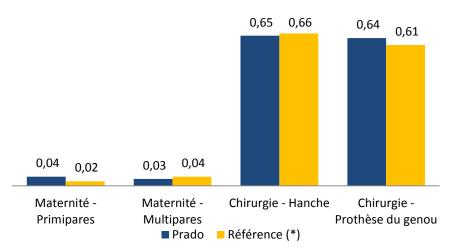
[379] Ces chiffrages reposent sur des évaluations internes qui, sans les hypothèses sousjacentes, sont impossibles à confirmer.

[380] Toutefois, la mission estime que la contribution de PRADO à la réduction des dépenses de soins reste marginale. Faute d'évaluation exhaustive du programme, la mission a collecté des données éparses pour tenter d'apprécier l'impact qualitatif et quantitatif des volets PRADO. Ces données très partielles sont loin de suffire à une évaluation exhaustive du programme qui doit être envisagée dans une approche de parcours, c'est-à-dire incluant les conséquences de la sortie d'hôpital et les reports de dépenses sur la médecine de ville.

[381] Sur un plan qualitatif, PRADO a contribué à réduire les délais entre la sortie de l'hôpital et l'intervention des professionnels de santé libéraux. Cette baisse concerne majoritairement les infirmières IDE et les masseurs-kinésithérapeutes (par exemple de 3,3 jours pour la prothèse de hanche contre 5,3 jours pour la population éligible), les consultations chez les médecins restant globalement aussi éloignés dans le temps.

[382] Très attendue sur la réduction des durées moyennes de séjours (DMS), la contribution de PRADO s'avère en réalité marginale. Les durées moyennes de séjour des adhérents baissent dans des proportions globalement identiques aux populations de référence, ce qui semble indiquer qu'il n'y aurait pas d'effet spécifique du programme.

[383] Sur le volet Maternité, les réductions sont très peu significatives, comme l'illustre le graphique ci-dessous :



Graphique 10: Réduction des DMS en jours (2014/2015)

(*) France entière pour la Chirurgie, éligibles Prado pour la maternité

Source: CNAMTS - Données redressées PMSI 2015

[384] La contribution de PRADO Chirurgie à son objectif de réorientation hors SSR est également modérée. Le taux de recours au SRR suit une tendance baissière sur les gestes concernés, toute population confondue, que l'adhésion à PRADO n'améliore pas si ce n'est légèrement pour la chirurgie du genou (-4,4 % contre -3,3 % pour la population éligible).

[385] Dans l'attente d'une véritable évaluation externe, ces résultats indiquent que PRADO n'a pas atteint ses objectifs de « gestion du risque », et qu'il est même très probable que les rendements dégagés ne couvrent pas les coûts, estimés par la mission à plus de 35 M€ par an pour les seuls ETP (cf. infra).

4.4.1.3 Des effectifs spécialisés qui gèrent le dispositif avec une productivité qui s'améliore mais reste limitée par des processus manuels

PRADO est initié par la conclusion d'une convention entre une CPAM et un établissement de santé. L'éligibilité des patients au programme est évaluée par l'hôpital qui désigne les patients aux conseillers de l'assurance maladie (CAM) lesquels organisent l'adhésion. Celle-ci est libre, gratuite et facultative et le patient choisit les professionnels de santé ambulatoire qui organiseront les prises en charge à domicile. Le suivi des patients s'effectue par le biais d'entretiens téléphoniques selon des modalités propres à chaque volet.

[387] PRADO est porté par des équipes dédiées, notamment des unités opérationnelles PRADO (UOP), qui présentent la particularité d'associer personnels médical et administratif. Une équipe se compose typiquement d'un manager, d'un médecin référent, et de CAM.

[388] Au 30 juin 2016, on comptait 800 CAM (591 ETP) et 116 managers CAM, soit un coût annuel estimé par la mission à au moins 35 M€ correspondant aux coûts de ces ETP, soit plus de 40 M€ en intégrant les coûts de fonctionnement.

[389] Essentiellement employés à temps partiel au lancement du programme, la CNAMTS a mené une politique active pour passer les effectifs à temps plein et développer leur polyvalence⁵⁶. Entre 2013 et 2016, les effectifs sont restés globalement stables mais les ETP ont doublé à la suite du passage progressif à temps plein (cf. supra partie 3).

[390] L'évolution des effectifs sur l'horizon de la prochaine COG reste floue et devra être précisée. La CNAMTS a fixé le principe d'un passage des CAM à temps complet, en privilégiant le redéploiement des ressources internes et en donnant la priorité aux agents exerçant déjà une activité de CAM. Cependant, aucun objectif chiffré n'est venu étayer une gestion maitrisée des effectifs, qui ont même été augmentés à l'occasion de l'activation récente de la clause de revoyure évoquée dans la partie 3 supra.

[391] La politique de professionnalisation adoptée par la CNAMTS en 2016 a permis une nette amélioration de la productivité des CAM comme l'illustre le tableau ci-dessous :

	2013	2014	2015	juin-16
Maternité	62	79	69	81
Chirurgie	8	13	10	21
Insuffisance cardiaque	6	10	6.5	9

Tableau 25: Nombre d'adhésions mensuelles par ETP CAM

Source: CNAMTS

[392] La productivité reste néanmoins tributaire de processus manuels et complexes, notamment sur les volets les moins matures de l'offre. L'adhésion s'effectue encore sous forme papier – possibilité de préinscription ameli.fr sur le volet maternité - ce qui oblige les CAM à une ressaisie systématique des informations dans l'outil de gestion OMV. Le suivi des patients ne s'effectue que par le biais de visites et/ou entretiens téléphoniques.

[393] Des projets informatiques sont planifiés pour favoriser la dématérialisation et le travail en mobilité. La CNAMTS a ainsi acté la généralisation du suivi par SMS des patientes sur le volet Maternité, et en attendant des économies de l'ordre de 9 M€ sur trois ans.

[394] En revanche, les projets de simplification et de dématérialisation des modalités d'adhésion, qui s'appuieraient sur un déploiement sur des outils nomades de l'application ePrado, n'en sont qu'au stade de projet et rien ne garantit qu'ils pourront être mis en œuvre à brève échéance.

[395] La nouvelle version d'OMV, prévue en production en juillet 2017, devrait permettre la récupération automatique des données administratives concernant le patient, les professionnels de santé de ville et hospitaliers, optimisant le temps de saisie des CAM. L'interfaçage avec ePrado est prévu au S1 2018.

[396] Enfin, le numérique doit également permettre de mieux associer les professionnels de santé à l'hôpital comme en ville. L'intégration de l'éligibilité médicale PRADO dans le logiciel hospitalier ViaTrajectoire devrait accroître la visibilité en milieu hospitalier (l'offre sera proposée

⁵⁶ Lettre réseau LR-DD0-136/2015 relatives aux RH PRAD0 : l'exercice de l'activité de CAM se fera au minimum à 50 % du temps de travail. L'objectif est que l'emploi de CAM soit exercé à temps plein dès que possible et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.

automatiquement dans l'outil) et éviter l'utilisation de documents papier. La CNAMTS attend également du récent télé-service PRADO expérimenté sur Espace Pro pour mieux impliquer le médecin traitant dans la coordination des soins.

4.4.2 Un programme SOPHIA dont la gestion doit être rationalisée

4.4.2.1 Un programme emblématique, ouvert sur le diabète et en cours de généralisation sur l'asthme

L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques est un axe essentiel de la politique de l'assurance maladie d'aide aux assurés à agir pour leur santé. A cet effet, le programme Sophia a été créé en 2009 par la CNAMTS comme emblématique de l'investissement de l'assurance maladie dans l'action préventive, en s'inspirant de la démarche de « disease management » déployée dans plusieurs pays anglo-saxons. Comme PRADO, le programme se situe à mi-chemin entre une offre de service en santé aux assurés/patients et un programme de gestion du risque.

[398] Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé en direction des patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, Sophia propose des informations (documents pédagogiques ; e-mail ; site internet dédié ameli-sophia.fr. ; application mobile) et des conseils et un soutien personnalisé (coaching téléphonique ou en ligne par des infirmières conseillers en santé) adaptés à la situation et aux besoins de chacun.

[399] Le programme s'intéresse actuellement à trois maladies chroniques :

- Le diabète qui concerne d'après la CNAMTS estime 3,1 millions de personnes prises en charge et 8,1 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes confondus en 2015 (5,1 % des dépenses), principalement au titre des soins de ville. Selon la CNAMTS, le montant réel serait plutôt de l'ordre de 10 Md€s en y comptabilisant les dépenses à certaines pathologies directement associées⁵⁷;
- L'asthme, expérimentation en cours de généralisation, pour lequel la CNAMTS n'est pas été en mesure de produire les données populationnelles et financières : faute de diagnostic spécialisé, la comptabilisation par les consommations de médicaments anti-asthmatiques ne permet pas d'isoler spécifiquement les patients asthmatiques ;
- L'insuffisance cardiaque chronique, expérimentée dans une approche globale Prado/Sophia : 478 000 personnes sont prises en charge à ce titre et donnent lieu à 1,2 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (0,8 % des dépenses), dont 1,0 Md€s pour les soins de ville.

[400] Au 31 décembre 2016, Sophia Diabète comptait 720 000 adhérents sur 2 205 000 éligibles (827 000 adhésions cumulées depuis l'ouverture du service). 46 % des nouveaux adhérents de 2016 étaient en situation d'écarts de soins, pour un objectif national fixé à 40 %⁵⁸.

⁵⁸ Les patients en écarts de soins sont ceux qui n'ont pas réalisés à la fois leur bilan dentaire et leur bilan rénal l'année précédente, et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.

⁵⁷ Rapport Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie 2017, p. 25.

[401] S'agissant de l'asthme, on comptabilisait à la même période 24 000 adhérents sur 155 000 éligibles dans les 18 départements (19 caisses) concernés par l'expérimentation. Appuyée sur deux études portant le bilan positif de l'expérimentation, la généralisation de l'offre est intervenue, dans une 1ère vague, en mai et est prévue de s'achever en janvier 2018 dans les CPAM et en septembre suivant avec les DOM et les régimes partenaires. 340 000 patients sont au total éligibles au programme.

[402] Enfin, toujours 300 patients étaient concernés par l'expérimentation globale Prado/Sophia ouverte en octobre 2015 dans sept départements auprès d'un ou deux établissements de santé. Un bilan en sera fait lors du 4ème trimestre 2017 afin de statuer sur son éventuelle extension en 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles.

4.4.2.2 Le coût et l'évaluation du programme

[403] Au niveau CPAM/ELSM, des binômes médico-administratifs gèrent les campagnes d'adhésions effectuées par des agents de ces organismes dans chacun des départements.

[404] Les infirmières conseils en santé gèrent le coaching téléphonique ou en ligne de SOPHIA (Diabète, asthme, insuffisance cardiaque) au sein de centres ou unités d'appels spécialisés. En 2016, les 245 ETP ICS ont géré environ 1,3 millions d'appels, soit environ 25 appels par jour par ETP. Les 2/3 de ces appels étaient « infructueux » (adhérent seulement demandeur d'informations ou absent) mais ils ne représentent qu'un faible temps passé. Les appels « fructueux » permettent un véritable échange avec l'adhérent visant à un changement de comportement. Ils durent environ 15 minutes en moyenne et donnent lieu à la rédaction d'un compte-rendu à l'issue de l'échange.

[405] Pour l'exercice 2016 le coût du programme a été chiffré par la CNAMTS tant en dépenses d'investissement (10,5 M€) que de fonctionnement (25,1 M€). Le coût unitaire correspondant est en moyenne de $50 \in$ par an et par adhérent.

[406] En plus de l'évaluation interne de la CNAMTS, Sophia-Diabète a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques externes visant à estimer son impact sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète, et sur les dépenses de soins des patients diabétiques. Rien n'a pu être encore solidement établi car le ROI reste encore difficile à chiffrer. Une 4ème évaluation médico-économique a été confiée à un consortium d'entreprises mené par la société HEVA. Ses premiers résultats sont attendus pour le premier trimestre 2018. Elle va pouvoir couvrir pour la première fois une cohorte de patients sur une longue période (huit années du lancement de l'expérimentation courant 2008 à 2016) et remettre l'évaluation de l'impact Sophia dans une perspective de long-terme.

[407] Il appartiendra à cette étude médico-économique et à celle qui devra être réalisée à l'issue de la généralisation de son offre sur Sophia-Asthme, d'évaluer si ce coût est acceptable au regard des économies attendues en termes de prestations notamment hospitalières.

[408] La CNAMTS a produit une étude interne communiquée par lettre réseau du 9 mars 2017 relative à la stratégie nationale Sophia 2017. Elle y présente pour la première fois les résultats atteints sur 2016 ou sur 2015/16 par rapport à la période précédente s'agissant des adhérents au programme en écart de soin sur la réalisation des examens du fond de l'œil et du bilan rénal, pour lesquels des objectifs avaient été fixés suite à la récente évaluation médico-économique. Elle y ajoute des données sur la contribution de l'accompagnement Sophia au sevrage tabagique. Le recueil, le contenu et la publication de ces données commence à crédibiliser le programme en montrant l'impact sur le comportement des patients, même si elles ne peuvent aborder les

économies réalisées en termes de prestations notamment hospitalières. La CNAMTS se doit d'en assurer une publication annuelle régulière de cette évaluation réalisée par une prestation externe.

4.4.2.3 Une nécessaire évolution de la gestion du programme

[409] La CNAMTS évalue encore les performances du programme à partir des résultats d'adhésion obtenus par le réseau alors que de bons résultats ont été atteints dans l'accompagnement des adhérents réalisé par les ISC s'agissant de la réalisation des examens ophtalmologiques et rénaux comme en sevrage tabagique. Il conviendrait donc de changer d'indicateur dans la nouvelle COG en ne centrant plus l'action sur l'adhésion des patients en écart aux soins mais sur la mesure de l'évolution de leurs consommations de soins.

- [410] Malgré ces résultats satisfaisants, le dispositif du programme a atteint ses limites.
- [411] Les règles d'adhésion ne sont pas suffisamment contraignantes au regard de l'enjeu et des moyens mis en œuvre pour les obtenir. Dans une démarche de responsabilisation du patient, en lien avec le protocole ALD qu'il a signé, il conviendrait de mettre en œuvre d'un principe de consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins. Cette mise en œuvre serait faite par vagues. Elle suppose notamment un travail de communication afin d'assurer le succès de la démarche.

<u>Recommandation n°20:</u> Mettre en œuvre pour le programme SOPHIA le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins

- [412] Les moyens devraient être recentrés sur la relation avec les adhérents -notamment le coaching téléphonique et en ligne et sur l'investissement dans le virage digital même si 30 % des patients adhérents n'ont pas internet, soit la plus grande partie des plus de 65 ans et sur la relation avec les médecins traitants.
- [413] Par ailleurs, une partie des patients en forts écarts de soins relèverait plutôt d'un programme d'éducation thérapeutique plus ou moins renforcée que d'un simple coaching Sophia. Un ciblage plus fin du recrutement des adhérents, sur la base du niveau de risque de ne pas suivre le protocole de soins, serait à mettre en œuvre avec l'aide des médecins traitants, ce qui permettrait de renforcer leur participation au programme. Les réseaux de soins de proximité sont bien placés pour accompagner l'éducation thérapeutique des patients et les actions pourraient être financées par les FIR des ARS.
- [414] La relation avec les médecins généraliste est essentielle. Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, leur participation au programme demeure insuffisante. Au-delà des évolutions très positives mise en œuvre dans EspacePro, il conviendrait d'aller plus loin dans le partage de l'information :
- > en permettant d'inscrire un patient simultanément à la déclaration d'ALD;
- en informant directement par push mail les médecins des adhésions au programme ;
- en enrichissant le portail avec le niveau de risque des patients de ne pas suivre les prescriptions médicales ;
- en organisant des échanges des médecins avec les CIS ce qui permettrait de leur faire un retour de l'intervention du centre d'appel. L'idéal serait aussi de donner aux médecins une vision de ce que fait ou ne fait pas le patient dans son parcours de soins.

- [415] A plus long terme, le programme Sophia doit être vu une première étape vers une démarche de « disease management » plus affirmée en ce qu'elle intégrerait complètement dans la démarche les médecins traitants. Les trois-quarts des dépenses de santé diabète de près de 10 Mds€ proviennent des complications de la maladie qui se traduisent notamment par des dépenses hospitalières.
- [416] Une telle évolution du programme emporte tout à la fois de stratifier la patientèle, de vérifier la mise en œuvre effective du protocole de soins, d'organiser une remontée des examens fait par le patient, d'intégrer l'inscription des patients à Sophia dans la ROSP (laquelle comprend les indicateurs de suivi des patients diabétiques) pour embarquer le médecin traitant et de définir un indicateur de résultat portant réduction de la dépense notamment d'hospitalisation.
- [417] Le programme a également un potentiel d'extension du périmètre sur les maladies coronariennes chroniques (1,5 millions de personnes prises en charge en 2015 et 3,3 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015). Pour les broncho pneumonies chroniques obstructives, l'apport de Sophia ne paraît pas évident à la CNAMTS. Le sujet des maladies psychiatriques (2,2 millions de personnes prises en charge en 2015 et 2,4 en 2020) est peu documenté dans une optique d'intégration au programme et mériterait de l'être.

4.5 Un renouvellement des orientations stratégiques de la gestion du risque

- [418] L'essoufflement de la gestion du risque impose, vingt ans après sa création, de reconsidérer le ciblage stratégique des actions, au-delà de la réflexion sur les seuls outils, et à mobiliser l'innovation pour réorienter les efforts de l'assurance maladie.
- [419] Cela passe par une meilleure segmentation des populations, un redéploiement du ciblage, la recherche de nouvelles thématiques, le recours à des mesures plus structurelles de la responsabilité de l'Etat et l'appel à des outils technologiques contemporains.

4.5.1 Une meilleure segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés

- [420] La connaissance des assurés et la segmentation des risques sont au cœur de l'activité des assureurs qui recherchent le meilleur risque au meilleur tarif. En matière de maladie, cette stratification des risques se justifie par l'existence de gradients constatés sur les pratiques des professionnels et sur la consommation de soins des assurés.
- [421] Exemptée d'approche tarifaire et commerciale, l'assurance maladie a pourtant largement sous-investi le ciblage populationnel de ses actions de gestion du risque, et se contente d'actions de masse touchant soit un large public de manière indifférencié (DAM, DAP, ROSP, communications), soit une population ciblée dans une approche qui ne discrimine aujourd'hui que les prescripteurs / consommateurs les plus déviants.
- [422] Cette stratégie de ciblage des pratiques atypiques, a priori efficace car concentrée sur les plus grosses dépenses individuelles, présente en réalité deux inconvénients majeurs :
- elle touche une faible partie de la population, car modifier les pratiques atypiques exigent des moyens lourds (entretiens, autorisation préalables) forcément limités par les capacités de l'assurance maladie. Seuls 5 % des médecins sont ainsi contactés pour des entretiens confraternels (voir tableau ci-dessous) et à peine 1 % est mis sous MSO/MSAP;

elle n'est pas efficace sur une population souvent consciente de ses écarts et peu sensible à l'approche pédagogique déclinée par la CNAMTS. Les résultats montrent d'ailleurs un retour rapide aux pratiques antérieures qui contraint l'assurance maladie à réitérer continuellement ses actions pour « maintenir la pression ».

[423] Une approche populationnelle plus segmentée permettrait de s'adresser à un plus large public de professionnels de santé en définissant pour chaque segment les outils les plus rentables. Elle aurait d'ailleurs déjà été développée dans le réseau dans le cadre des campagnes ROSP, à l'aide de l'application OPIO⁵⁹ qui permet d'affiner le ciblage des populations auprès desquelles il était plus rentable d'agir, en l'occurrence le centre de la « gaussienne » plutôt que les extrémités.

Recommandation n°21: Affiner la segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés par risques et décliner des actions adaptées à ces différents segments

4.5.2 Un redéploiement vers les médecins spécialistes et l'hôpital

[424] L'assurance maladie a effectué plus d'un million de contacts en 2016 dans le cadre de ses actions de gestion du risque (résultats CPG). Des statistiques de visites des DAM et des praticiens-conseils ressort un très net biais des actions d'accompagnement en faveur des généralistes vis-à-vis des spécialistes.

[425] Ainsi, en 2016, 72 % des entretiens confraternels et 50 % des visites de DAM se sont déroulés avec des médecins généralistes et, sur la période 2015-2016, plus de la moitié des campagnes ont été ciblées sur les médecins généralistes.

[426] A contrario, les médecins spécialistes arrivent loin après les pharmaciens, les infirmiers et même les masseurs kinésithérapeutes, et ne représentent que 5 % des contacts avec des professionnels de santé. Et il y a plus d'entretiens confraternels avec des dentistes qu'avec des médecins spécialistes.

Tableau 26 : Ciblage des visites de DAM et des entretiens confraternels des praticiens-conseils en 2016

En %	DAM	EC
Généralistes	49,7 %	72,7 %
Spécialistes	5,8 %	4,8 %
Dentistes	1,2 %	16,3 %
Masseurs Kiné	7,5 %	1 %
Infirmiers	16 %	0,8 %
Pharmaciens	19,8 %	4,4 %

Source: CNAMTS

[427] Cette concentration s'effectue au détriment d'une approche populationnelle large qui refléterait mieux les enjeux en matière de dépenses de santé. En effet, les établissements de santé ont été 30 fois moins contactés que les généralistes (34 000 contacts en 2016) alors qu'ils représentaient 43 % des dépenses en 2013 (76,1 M€), soit autant que les dépenses de ville

⁵⁹ L'application OPOIO permet de recueillir les données fournies par la CNAMTS trimestriellement pour l'accompagnement conventionnel des médecins et le suivi de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour l'ensemble des médecins généralistes au niveau régional et local

(79,2 M€). Plus spécifiquement, les établissements et service médico-sociaux ne font l'objet d'aucune approche globale alors qu'ils étaient à l'origine de 17,1 Md€ de dépenses.

[428] Cette concentration des actions autour des médecins généralistes se reflète également dans le choix thématiques des actions qui sont très largement axées sur trois thématiques : les indemnités journalières, le médicament et les transports, comme l'illustre le plan d'action d'une CPAM ci-dessous :

Tableau 27: Plan d'action 2017 d'une CPAM

Objectifs	Nombre actions
bloc 3 LPP, kiné, biologie, autres actes	3
Générique	9
IJ	12
Iatrogénie	1
Médicaments et LPP prescrits à l'hôpital	2
MSAP Etablissements	2
Prado	5
Sophia	4
Transports	14
TOTAL	52

Source: CPAM / Mission

[429] Cette concentration thématique délaisse des thèmes représentant en volume de dépenses des enjeux aussi importants. Les dépenses paramédicales⁶⁰ sont insuffisamment traitées par l'assurance maladie par rapport aux indemnités journalières et aux transports qui mobilisent des montants de dépense équivalents.

[430] Les médecins spécialistes, actuellement peu accompagnés, sont pourtant des leaders d'opinion pour leurs confrères généralistes, et des prescripteurs importants d'examens et de traitements coûteux, initiés à l'hôpital ou en ville.

[431] L'assurance maladie doit faire évoluer son dispositif de contacts afin de répondre aux enjeux de la dépense actuelle et de s'adapter aux stratégies mises en œuvre par les industriels et leurs visiteurs médicaux depuis déjà plusieurs années.

[432] La réorientation du ciblage des visites des DAM et des praticiens-conseils, que la mission appelle de ses vœux et qui est partagée par certains de ses interlocuteurs de terrain, est une priorité ambitieuse qui ne saurait être réalisée que graduellement.

[433] Elle exigerait, en effet, des changements dans plusieurs domaines, et notamment :

- la montée en gamme des campagnes, des messages et des supports de visites pour les adapter aux besoins des différentes spécialités ;
- la mise en œuvre d'un plus grand nombre de partenariats avec les sociétés savantes ;

_

⁶⁰ Infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et laboratoires

des programmes de formation des DAM et des praticiens conseils qui soient plus longs et plus complexes que ceux réalisés jusqu'à présent, qui sont de bonne qualité mais inadaptés aux nouvelles exigences.

[434] Il demeure que des obstacles redoutables existent face à une telle réorientation. C'est le cas d'abord des contraintes statutaires et de rémunération propres à la sécurité sociale qui rendront difficile de recruter des compétences plus pointues qui seraient nécessaires comme s'efforce de le faire l'industrie pharmaceutique⁶¹. C'est aussi le cas du déficit de médecins prêts à travailler pour l'assurance maladie comme praticien-conseil, a fortiori de médecins spécialistes.

[435] Dans ces conditions, le recours à des formules innovantes comme, par exemple, le recrutement sur des contrats de quelques années et des contrats à temps partiel de jeunes médecins ou pharmaciens, ou au contraire de praticiens expérimentés, y compris hospitaliers, comme consultants médicaux extérieurs, devrait être expertisé rapidement par l'assurance maladie. Plus globalement, les passerelles entre l'exercice en cabinet ou en établissement et l'activité de médecins conseils devraient être développées afin de favoriser les échanges et l'évolution dans les parcours.

<u>Recommandation n°22 :</u> Réorienter graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital

4.5.3 Une recherche de nouvelles thématiques, qui doit associer plus largement le réseau

[436] Le rapport annuel « charges et produits » ou plus exactement « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses » de la CNAMTS, rapport qui n'a cessé de s'améliorer dans son contenu et sa lisibilité, est unanime salué – tant dans le réseau qu'en externe. Du point de vue de la gestion du risque, ce rapport public est fondamental car il permet, selon les termes de la COG « d'objectiver, de façon précise, à partir de l'analyse des données et de comparaisons internationales, les actions d'optimisation à mettre en œuvre pour renforcer l'efficience des soins. » 62 Les travaux qu'il retrace ne conduisent pas nécessairement à des actions relevant de la gestion du risque mais fondent largement le choix des domaines d'intervention de celle-ci.

[437] A la lecture des derniers rapports, on peut néanmoins se demander si la recherche de nouveaux domaines d'intervention de la gestion du risque ou de nouvelles approches de domaines déjà investis est suffisante au regard de l'essoufflement des résultats de la gestion du risque.

[438] La mission attire l'attention de la CNAMTS sur l'intérêt à accorder une part plus importante de ses priorités thématiques aux propositions remontées du réseau. A titre illustratif la mission a étudié - dans une première analyse qui devra être approfondie - une proposition recueillie auprès d'une CPAM dans l'encadré ci-dessous.

- 87 -

⁶¹ Alors que les visiteurs médicaux traditionnels sont niveau bac+3, la nouvelle génération de visiteurs médicaux est constituée de jeunes pharmaciens et de jeunes diplômés d'école scientifique à bac + 5, rémunérés entre 40 000 et 60 000€ bruts annuels, dont des primes représentant environ 20 % du total.

⁶² Introduction de la fiche n°14

Encadré 9 : Exemple de proposition remontée du réseau : les délais de la consultation postopératoire

La consultation post-opératoire est incluse dans le tarif de l'acte chirurgical « global » si elle a lieu dans les quinze jours après la réalisation de l'acte (voir dispositions générales de la CCAM, livre I-6⁶³). Elle est facturable si la consultation à lieu après cette période. D'après la CPAM de la Drôme, ce délai de 15 jours serait fréquemment dépassé ce qui occasionnerait d'importantes dépenses.

Afin de confirmer cette hypothèse, l'IGAS a demandé à l'ATIH un premier chiffrage des délais de consultation. Pour le seul secteur de l'hôpital public (ex-DGF), plus de 1,14 millions de consultations auraient été réalisées après le délai de 15 jours en 2016, correspondant à un volume de dépenses d'environ 34 M€ (base de remboursement de 30,00 € chez un médecin spécialiste).

Répartition des délais de consultation post-opératoire en 2016 - Secteur ex-DGF

Delta entre la date de	Nombre de
réalisation de l'acte et la	consultations (**)
consultation (en jours)	
0 - 15 (*)	400 578
16 - 30	390 813
31 et plus	751 388

ATIH

(*) : Dans la mesure où cette consultation n'est pas facturable, il est probable qu'elle soit peu codée par les établissements et ne reflète pas l'exhaustivité des consultations des 15 premiers jours

(**): Par chaînage des séjours des patients en recherchant les consultations qui suivent la réalisation d'un acte opératoire. Voir détail de la méthodologie utilisée en annexe 9.

[439] Au-delà de l'appel au réseau, la CNAMTS devrait financer des programmes de recherche, en lien avec les universités, les grandes écoles et les instituts spécialisés, sur les gisements d'inefficiences dans le système de soins français et sur les moyens de parvenir à les réduire. Ces programmes devraient permettre de déterminer dans les années à venir de nouvelles thématiques sur lesquelles le réseau de l'assurance maladie devrait investir ses activités de gestion du risque.

<u>Recommandation n°23</u>: Favoriser l'émergence de nouvelles thématiques en investissant dans des programmes de recherche associant une large palette d'acteurs externes

4.5.4 Savoir tirer les conséquences des limites des outils de l'assurance maladie sur certaines thématiques d'économies

[440] L'Etat joue un rôle essentiel dans la maîtrise des dépenses de santé qui doit mieux s'articuler avec les leviers mobilisés par la CNAMTS. Leur action combinée a déjà montré son efficacité par le passé, en matière de génériques par exemple avec la mise en place simultanée des ROSP Pharmaciens et du dispositif « tiers payant contre générique ».

[441] Trois thématiques- mais d'autres pourraient être trouvées - permettent d'illustrer l'intérêt d'un changement d'outils pour atteindre les objectifs de gestion du risque : les indemnités journalières, les médicaments génériques et les transports sanitaires.

⁶³ « pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non. »

[442] S'agissant des indemnités journalières, la dynamique des montants figurant sur le graphique présente deux points d'inflexion majeurs, qu'un récent rapport de la DREES⁶⁴ attribue à des mesures extra-CNAMTS:

- le ralentissement au 1^{er} janvier 2012 s'explique par la modification des modes de calcul, moins favorables, qui a induit des baisses de montants servis à salaire donné⁶⁵;
- la reprise des volumes des IJ en 2014 s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles.

130 128 126 124 122 120 118 116 114 112 110 108 106 104 102 Haute-Savoie 100 98

Graphique 11 : Evolution des montants bruts remboursés sur douze mois glissants – Région Auvergne Rhône Alpes - Base 100 en année 2009

Source: DCGDR Auvergne Rhône Alpes

L'exemple des médicaments génériques est également probant, le taux de substitution plafonnant à 84,6 % en 2016 contre 82,2 % trois ans plus tôt, ce malgré une longue et coûteuse mobilisation du réseau de l'assurance maladie, conformément à l'engagement pris dans la COG: communication récurrente sur le thème « Tiers payant contre génériques », campagne des DAM auprès des MG a eu lieu en juillet/sept 2016 (36 200 contacts réalisés), ROSP, tables rondes organisées avec le Collège de médecine générale des tables rondes, nouvelle campagne d'accompagnement démarrée en avril 2017.

[444] Alors qu'une première évolution des textes (art. 80 de la LFSS pour 2017) va conduire en 2018 à intégrer les dépenses de transports inter hôpitaux⁶⁶ dans les tarifs hospitaliers, il serait temps de transférer aux budgets hospitaliers la charge des prescriptions de transports de sortie des patients des établissements de santé. Ce transfert serait accompagné d'une modélisation de l'organisation hospitalière permettant d'identifier le prescripteur, de tracer la prescription et de

⁶⁴ DREES, Les dépenses de santé en 2015, 2016

 $^{^{65}}$ Décret no 2011-1957 du 26 décembre 2011.

⁶⁶ Dépense estimée par la CNAMTS à 125 M€: cf. rapport « charges/produits » 2018, pp 63/64.

l'inscrire dans un référentiel de pratiques, modélisation à mettre au point par l'ANAP⁶⁷. La revue des dépenses transports conduite par l'IGAS et de l'IGF a fait cette proposition d'inclusion dans les budgets comme pouvant conduire à une économie de 320 M€ les deux premières années.

4.5.5 Une priorité à l'accès aux données de santé et à l'innovation

4.5.5.1 Garantir l'accès effectif des acteurs externes aux données de santé pour développer les efforts de recherche

[445] L'amélioration des connaissances du risque en maladie est freinée par l'utilisation restreinte que font les acteurs externes et l'assurance maladie du SNIIRAM. La Cour des comptes y a dédié un rapport en 2016⁶⁸ où elle recommandait d'encourager, de faciliter et de sécuriser l'utilisation des données de santé à des fins d'intérêt général.

[446] La mise en œuvre du système national des données de santé (SNDS) devrait garantir une plus large disponibilité des données de santé. L'ouverture de la base, le 10 avril 2017, aux accès permanents et son alimentation d'ici la fin de l'année avec les données du SNIIRAM, du PMSI et des données du CepiDC, constituent des réussites importantes de la politique d'ouverture des données de santé portée par la COG 2014-2017.

[447] Toutefois, l'effectivité de l'accès aux données ne sera garantie qu'à l'issue de la réalisation de nombreux projets qui se dérouleront d'ici 2020, et devra être un objectif majeur de la prochaine COG 2018-2021.

[448] Trois grandes priorités ont été identifiées :

- La poursuite de l'enrichissement du SNDS et l'ouverture des données de santé : des difficultés sont attendues pour la finalisation des opérations de consolidation en données médicosociales (harmonisation des SI des MDPH en cours) et en échantillon des données d'organismes complémentaires ;
- La participation à la gouvernance des données de santé : la participation active de la CNAMTS et de la DREES à l'ensemble des instances seront des conditions indispensables à leur bon fonctionnement ;
- Le développement de nouveaux services : l'INDS aura la responsabilité d'une nouvelle offre de services qui devra couvrir le périmètre des besoins formulés par les utilisateurs dont les attentes sont très fortes, mais également respecter les capacités de mise en œuvre des producteurs de services, au premier rang desquels la CNAMTS.

[449] L'effectivité de l'accès aux données ne pourra être garantie qu'avec des acteurs aptes à utiliser une base reconnue comme complexe et essentiellement maîtrisée par l'assurance maladie, qui n'aura plus vocation à traiter les requêtes externes. Les utilisateurs de données de santé, au premier rang desquels figurent l'Etat et ses agences, vont devoir internaliser une compétence qu'ils ont jusque là peu développée.

⁶⁷ C'est en effet aussi un problème d'organisation de l'hôpital : les médecins ne sont pas les prescripteurs, ce sont les agents administratifs et en premier lieu ceux de l'accueil qui agissent alors que l'hôpital, sauf exception, ne supporte pas la dépense.

⁶⁸ Cour des comptes, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie. 2016.

- [450] La constitution d'équipes internes est un objectif atteignable à l'exemple de l'autonomie acquise par l'ANSM et de l'ANSP dans l'exploitation des données du SNIIRAM. Mais elle va s'effectuer dans un contexte concurrentiel où les rares ressources disponibles risquent d'être captées par les acteurs privés, sans garantie qu'elles ne puissent satisfaire l'ensemble des besoins.
- [451] L'Etat et ses partenaires devront probablement favoriser l'émergence de projets de mutualisation autour de centres d'expertise s'ils veulent s'assurer d'un accès large et indépendant aux données de santé.
- [452] Il faudrait garantir l'effectivité de l'accès aux données du SNDS dans les délais prévus, en s'attachant à accompagner le transfert de compétence hors l'assurance maladie.

4.5.5.2 Un retard majeur en matière d'innovation qu'il faut rattraper à l'horizon de la prochaine COG

- [453] Dans un champ technologique qui évolue très rapidement, avec l'émergence de nombreux acteurs économiques, la CNAMTS doit s'organiser pour fournir un cadre favorable à l'innovation et aux partenariats tant au niveau national que local, s'outiller pour disposer d'une vision globale des innovations mises en œuvre au sein de son organisation, et évaluer l'efficacité des expérimentations conduites.
- [454] Actuellement aucune direction ne porte les projets d'innovation, et le thème, faiblement porté par la COG, n'a fait l'objet que de timides initiatives contrairement au virage pris par d'autres opérateurs publics comme Le Lab Pôle emploi. Si elle souhaite conduire ces projets et s'assurer du succès de ses initiatives, la CNAMTS doit se poser la question des niveaux d'investissement et de gouvernance de son processus d'innovation, et notamment de gestion du risque.
- [455] Plusieurs axes mériteraient d'être plus particulièrement développés.
- [456] La présence de l'assurance maladie sur les réseaux sociaux témoigne du retard pris en matière de communication numérique. La CNAMTS pourrait favoriser la création d'espaces de partage et d'information entre assurés en matière de bonnes pratiques et d'information médicale afin d'améliorer l'efficience des parcours.
- [457] Parce qu'elle dispose de cohortes de patients sur des volumes significatifs, de bases historicisées, structurées et relativement complètes, la CNAMTS dispose des leviers pour exploiter et valoriser les données de santé. Limitées à trois journées de hackathon et au partenariat avec l'Ecole Polytechnique (voir annexe 10), les initiatives en la matière sont rares. La CNAMTS mobilise des budgets très modestes (550 k€ sur trois ans avec l'Ecole Polytechnique), loin des sommes investis par les acteurs privés en la matière, et elle ne tire pas assez le bénéfice de ses partenariats de recherche. L'exploitation du potentiel du SNIIRAM et l'utilisation des outils de Big Data/Data Analytics doivent être renforcées afin d'améliorer et faciliter les actions de gestion des risques, et l'assurance maladie doit y consacrer une part d'investissement clairement identifiée.
- [458] Le développement des services en santé nécessite que la CNAMTS s'engage sur des parcours numériques permettant de lever les contraintes de charge pesant sur les agents, et investisse davantage sur la santé à distance, notamment via des partenariats avec des acteurs (laboratoires, start-ups...) qu'elle commence à développer. L'échec du service de suivi du poids à domicile a tempéré les ambitions de la CNAMTS qui se contente d'initiatives modestes restant encore au stade de projet (par exemple SOPHIA : smartphone permettant un suivi de l'asthme et application diabète).

[459] L'aide logicielle à la prescription est un outil essentiel pour renforcer la qualité et la sécurité des pratiques tout en améliorant la productivité et la pertinence de la dépense. Elle est actuellement peu développée faute d'un format permettant d'embarquer dans les applications les référentiels de bonnes pratiques, disponibles le plus souvent sous format papier ou pdf. La CNAMTS, qui vient d'initier des travaux avec la HAS et avec le collège de médecine générale, devrait activement poursuivre le processus de généralisation des arbres décisionnels, en lien avec les éditeurs de logiciels médicaux de ville et hospitaliers et afficher un calendrier de déploiement des outils.

<u>Recommandation n°24</u>: Construire un budget dédié à l'innovation en gestion du risque et se doter d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau

Encadré 10 : Récapitulatif des recommandations sur la gestion du risque pour la convention d'objectifs et de gestion 2018-2021

Moderniser les approches, les outils et les leviers de la GDR :

- en faisant évoluer l'approche des professionnels de santé en ville et à l'hôpital, en affinant leur segmentation, comme celle des assurés, par risques et en déclinant des actions adaptées à ces segments ; en développant l'accompagnement personnalisé au contenu informationnel enrichi ; en réorientant graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital
- en renouvelant les usages des outils, en renforçant l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant le recours plus large à la MSO; en simplifiant et automatisant le traitement des DAP; en intégrant automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation
- en mettant plus l'accent sur la performance, en renforçant les indicateurs mesurant l'impact de la GDR et l'efficience de ses outils
- en évaluant mieux les outils et leviers dans le cadre d'un programme d'évaluations externes et en s'appuyant sur la mise en réseau des moyens statistiques, analyses et études de la branche et sur leur mutualisation progressive au niveau régional
- en favorisant l'émergence de nouvelles thématiques dans le cadre de programmes de recherche, en construisant un budget dédié à l'innovation en GDR et en se dotant d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau

Renforcer le potentiel d'action des agents :

- en accroissant significativement la productivité des effectifs tout en maintenant le nombre d'ETP dédiés à la GDR
- **en formant mieux** à la GDR sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences et en associant ARS et assurance maladie
- en investissant dans les projets de systèmes d'information de GDR, en modernisant des outils des agents, et en développant la relation numérique aux professionnels de santé
- **en favorisant la diffusion de l'innovation** en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables du réseau

Faire évoluer le pilotage et l'organisation

- **en adoptant une définition recentrée, précise et partagée de la GDR** et de ses objectifs prioritaires au sein de l'assurance maladie et de l'Etat
- en assurant la cohérence de contenu et de temporalité de l'architecture programmatique et conventionnelle (PNGDRESS, Plan ONDAM, Stratégie nationale de santé, COG)
- en renforçant les liens régionaux (dialogue de gestion annuel quadripartite Etat CNAMTS, ARS et DCGDR sur les résultats de la GDR) et le rôle des DCGDR (association à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions dans le cadre de dialogues de gestion régionaux CNAMTS/réseau; indicateurs CPG standardisés, régionalisés et pluriannuels; cartographie DRSM/DCGDR identique)

Mieux asseoir les programmes à destination des assurés

- en ne pas procédant pas à de nouvelles extensions **du programme PRADO** avant d'avoir réalisé son évaluation médico-économique externe
- en mettant en œuvre pour **le programme SOPHIA** le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable		
	Partie 1. La mise en œuvre plutôt satisfaisante de la COG 2014-2017 ne doit pas masquer l'essoufflement de la gestion du risque par l'assurance maladie			
1	Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficience de ses outils	DSS/CNAMTS		
Partie	2. L'approche actuelle de la gestion du risque se heurte à des obstacles persistants			
2	Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance maladie et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires	DSS/CNAMTS/SG		
3	Adopter un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins et un plan ONDAM cohérents avec une stratégie nationale de santé opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-CNAMTS	DSS/CNAMTS		
4	Consacrer la partie de la COG relative à la gestion du risque à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan ONDAM et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de gestion du risque	DSS/CNAMTS		
5	Mettre en place, sous l'égide de l'Etat et de l'assurance maladie, un dialogue de gestion annuel conjoint avec DCGDR et ARS sur leurs résultats de la gestion du risque	CNAMTS/SG		
6	Améliorer le pilotage par la CNAMTS des DCGDR afin d'assurer la diffusion de l'innovation en termes d'outils locaux, de bonnes pratiques ou de réalisations locales remarquables	CNAMTS		
7	Associer les DCGDR à la déclinaison des objectifs et à la conception des actions de gestion du risque dans le cadre de dialogues de gestion régionaux avec la CNAMTS et le réseau	CNAMTS		
8	Adapter la cartographie des DRSM à celle des DCGDR	CNAMTS		
9	Améliorer le pilotage du réseau en déclinant des indicateurs CPG standardisés, régionalisés et placés dans une perspective pluriannuelle	CNAMTS		
10	Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de gestion du risque, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne	DSS/CNAMTS		
11	Mettre les moyens statistiques/analyses/études en réseau et progressivement mutualiser ces moyens au niveau régional	CNAMTS		
Partie	Partie 3. Les moyens dédiés à la gestion du risque peuvent être mobilisés de façon plus efficace			
12	Maintenir le nombre d'ETP dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts de productivité pour accroître les moyens disponibles	CNAMTS		
13	Investir dans la formation à la gestion du risque sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences, en associant assurance maladie et ARS	CNAMTS/EN3S		
14	Investir dans les projets de systèmes d'information de gestion du risque en développant la relation numérique aux professionnels de santé et la modernisation des outils des CPAM et des DRSM	CNAMTS		
Partie 4. La prochaine COG doit être l'occasion d'un renouvellement des orientations stratégiques et des leviers de la gestion du risque				
15	Approfondir la relation avec les professionnels de santé en développant l'accompagnement personnalisé et en enrichissant le contenu informationnel	CNAMTS		
16	Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant un recours plus large à la MSO	CNAMTS		

17	Simplifier et automatiser le traitement des DAP, idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat	DSS/CNAMTS
18	Intégrer automatiquement les contraintes de délivrance et de prescription dans les systèmes d'information de liquidation	CNAMTS
19	Procéder à une évaluation externe de PRADO avant d'envisager de nouvelles orientations	CNAMTS
20	Mettre en œuvre pour le programme SOPHIA le consentement implicite à l'adhésion pour les patients diabétiques en écarts de soins	CNAMTS
21	Affiner la segmentation des populations de professionnels de santé et d'assurés par risques et décliner des actions adaptées à ces différents segments	CNAMTS
22	Réorienter graduellement l'activité des délégués de l'assurance maladie et des praticiens conseils vers les médecins spécialistes et l'hôpital	CNAMTS
23	Favoriser l'émergence de nouvelles thématiques en investissant dans des programmes de recherche associant une large palette d'acteurs	CNAMTS/DSS
24	Construire un budget dédié à l'innovation en gestion du risque et se doter d'une structure pour concevoir et expérimenter un plan ambitieux en associant d'autres acteurs dont le réseau	DSS/CNAMTS

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère des solidarités et de la santé

Direction de la sécurité sociale

Thomas FATOME, directeur jusqu'au mois de mai 2017

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice à compter du mois de juin 2017

Jonathan BOSREDON, chef de service, directeur-adjoint

François GODINEAU, alors chef de service, directeur-adjoint

Thomas WANECQ, sous-directeur du financement du système de soins

Hugo GILARDI, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins

Guylaine CHAUVIN, cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Nina WASSILIEF, adjointe de la cheffe de mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Marie-Laure SARAFINOF, mission de la coordination et de la gestion du risque

Claire BONNELLO, cheffe du bureau des relations avec les professions de santé

Hélène MONASSE, ancienne cheffe du bureau des relations avec les professions de santé

Edouard HATON, chef du bureau des produits de santé

Anaïs CALLOT, bureau des produits de santé

Elodie LEMATTE, sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale

Secrétariat Général Pierre RICORDEAU, secrétaire général Eric GINESY, chef de service Elisabeth FERRY-LEMONIER

Direction générale de l'offre de soins - DGOS Katia JULIENNE, chef de service, directrice-adjointe Michel xx ?

Direction générale de la santé – DGS Anne-Claire AMPROU, directrice générale adjointe

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Muriel BARLET, adjointe à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Mylène GIRARD, cheffe de la mission accès aux données de santé
Engin YILMAZ, bureau des établissements de santé
Alexandre CAZENAVE-LACROUTZ, collaborateur Insee

Inspection générale des affaires sociales – IGAS Pierre-Louis BRAS, inspecteur général Anne-Marie BROCAS, inspectrice générale

Ministère chargé des comptes publics

Cabinet

Marguerite CAZENEUVE, conseiller technique,

Direction du Budget

Jean-François JUERY, sous-directeur (6e SD)

Claire VINCENTI, cheffe de bureau des comptes sociaux et de la santé

Colin THOMAS, bureau des comptes sociaux et de la santé

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS

William GARDEY, président du Conseil

Yves LAQUEILLE, vice-président du Conseil

Nicolas REVEL, directeur général

Delphine CHAMPETIER, directrice de cabinet du directeur général

Pr Luc BARRET, Médecin-conseil national

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins - DDGOS

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice jusqu'en juin 2017

Thomas JAN, directeur de cabinet

Dr Julien CARRICABURU, cabinet,

Dr François-Xavier BROUCK, directeur des assurés

Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins

Michèle SUROCA, département produits de santé

Dr Annie FOUARD, chef du département de l'hospitalisation

Emmanuel GOMEZ, chef du département accompagnement en santé des assurés, direction des assurés

Fanny RICHARD, chef du département règlementation

Said OUMEDDOUR, Sous-directeur, responsable du département prévention et promotion de la santé

Mme MARTRAY

Direction déléguée à l'organisation du réseau - DDO

Eric LE BOULAIRE, directeur délégué

Dr Eléonore RONFLE, directrice du réseau médical et des opérations de gestion du risque

Jean-Paul PRIEUR, ancien directeur du réseau médical et des opérations de gestion du risqueChristiane RAME, cheffe du département opérationnel de la gestion du risque

Béatrice RIO, cheffe du département de l'animation du réseau médical

Cécile FONTANY, Département opérationnel de la DGR,

Dr Cristofer VITTE, SI service médical

Philippe TROTABAS, directeur du réseau administratif et de la contractualisation

Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux

Emmanuelle BLANCHOT, directrice adjointe

Antoine LIENARD, Gestionnaire administratif des Ressources Humaines

Cécile ALOMAR, directrice des maîtrises d'ouvrage métier

Elisabeth ANDRE, cheffe du programme 6

Martin COURAULT, maîtrise d'ouvrage PRADO et SOPHIA, DDGOS

Anika DINIS, cheffe du Programme 2

Bernadette MARCHAL

Rémy PECAUD

Franck ROBIN, maîtrise d'ouvrage DDGOS

Cristofer VITTE

Direction de la stratégie, des études et de la statistique - DSES

Claude GISSOT, directeur

Hélène CAILLOL, maîtrise d'ouvrage

Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes

François GRANDET, directeur adjoint

Mme AUVRAY

Direction de la communication

M. FOUQUET

Mission relations européennes, internationales et coopération

Gabriel BACQ, chef de mission

Dr Ursula DESCAMPS, responsable des relations européennes

Sophie CEUILLERON, chargée de mission

Julie GALODE, chargée de mission

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP

Sophie MARTINON, directrice

Dr Christian ESPAGNO, directeur-adjoint

Ecole Polytechnique

Emmanuel BACRY, Responsable de la Data Science Initiative

Fédération française de l'assurance - FFA

Véronique CAZALS, directrice santé

Cécile MALGUID, directrice adjointe santé

<u>Les entreprises du médicament – LEEM</u>

Philippe LAMOUREUX, directeur général

Eric BASEILHAC, Directeur des affaires économiques

Jean-Noel BAIL, Président de la commission des affaires économiques, directeur des affaires économiques et gouvernementales du laboratoire GSK

Damien DORIZON, Responsable des affaires économiques

Pascal LE GUYADER, directeur des affaires générales, industrielles et sociales

Agence technique de l'information hospitalière - ATIH

Housseyni HOLLA, Directeur général,

Max BENSADON, Directeur général adjoint,

Françoise BOURGOIN, chef de service « reponses au demandes externes »

Haute autorité de santé - HAS

Dominique MAIGNE, directeur général

Mme RODDE-DUNET, chef du service de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours,

Catherine RUMEAU-PICHON, directrice adjointe de l'évaluation médicale, économique, et de la sécurité des soins,

Michel LAURENCE, chef du service bonnes pratiques professionnelles

Autres personnalités et experts

Jean-Marc AUBERT, ancien directeur de la DDGOS (CNAMTS)

Jean-Claude BARBOT, président de l'ADCPAM

Dr Philippe BOUTIN, président de la conférence nationale des URPS

Roland CASH, économiste de la santé

Bernardette DE VICTOR, présidente de la Conférence nationale de santé (CNS) avec les membres de la CNS

Romain HEMERY, étudiant mastère ESSEC

Dominique LIBAULT, directeur de l'EN3S, ancien directeur de la sécurité sociale

Thomas LONDON, McKinsey, avec Mathias DUFOUR et Marine BOUHY

Liste des personnes rencontrées à Lille le 8 février 2017

CPAM Lille Douai

Jean-Luc BOCQUET, directeur CPAM Lille-Douai Nicole DELOS, directrice santé CPAM Lille-Douai Elodie TAILLEU, manager DAM Sabine DUHEM, conseiller assurance maladie Sébastien DUBOIS, conseiller prévention Leila MORID, responsable département GDR Esther LEICK, attaché de direction santé Muriel WEST, responsable UOP PRADO

RSI et MSA

Patrick DAVIGO, directeur régional RSI Dr Pierre CHRETIEN, médecin conseil régional RSI Sylvie LE CHEVILLIER, directrice MSA Nord Pas de Calais Dr Denis TILLIAC, médecin chef MSA

DRSM et DCGDR

Dr Claude GADY-CHERRIER, DCGDR et DRSM Dr Maryanne LONCKE, médecin conseil régional adjoint (DRSM) Dr Catherine OBIN, médecin conseil ELSM Lille-Douai Dr Laurence AMOUYEL, médecin conseil Medhi NATTAT, conseiller assurance maladie ELSM

ARS

Raphael BECKER, directeur-adjoint ARS Hauts-de-France

Liste des personnes rencontrées à Nantes les 14 et 15 mars 2017

DCGDR Pays-de-la-Loire et CPAM de la Loire-Atlantique Pierre ROUSSEAU, DCGDR et directeur de la CPAM Fabrice MARTIN, directeur-adjoint responsable de la DGR Thomas BOUVIER, sous-directeur responsable DCGDR Olivier BUSSON, manager DCGDR

Claire CHARBONNIER, manager chargé des relations avec les professionnels de santé

France NANIN, responsable SI GDR

Peggy GUAYRAUD, déléguée assurance maladie

Véronique CHALOT, déléguée assurance maladie

DRSM Pays-de-la-Loire

Dr Jean-Paul PRIEUR, directeur

Dr Françoise LEGRAND, adjointe au directeur

Dr Bernard BONNEAU, chef de l'ESLM de Loire-Atlantique

Dr Valérie BOURGEAT, médecin-conseil

Dr Sophie BRANGEON, médecin-conseil

ARS Pays-de-la-Loire

Cécile COURREGES, directrice

François GRIMONPREZ, directeur de l'efficience et de l'offre

Chantal RAKOTOARIVELO, responsable de l'unité GDR

Liste des personnes rencontrées à Bordeaux les 28 et 29 mars 2017

DCGDR Nouvelle Aquitaine

P. CLAUSSIN, DCGDR et directeur de la CPAM de la Gironde

Hélène GORSE, sous-directrice, DCGDR

Isabelle El MESTRARI, sous-directrice, DCGDR

Mélodie QUEYLA-NAUDIN, cellule d'appui coordination régionale GDR

CPAM de Gironde

A. FILLARD, sous-directrice Offre de service, direction Santé

C. CHABAT, service statistiques, direction Santé

S. LATEYRON, chargée des relations conventionnelles, direction Santé

S. TORRES, délégué assurance maladie

C. MARCHAL, déléguée assurance maladie

Carine. AUDEBERT, déléguée assurance maladie

JL. MAHAUDO, adjoint au directeur des prestations

DRSM Aquitaine

Dr B. TILLY, directeur

Dr JJ. ROUMILHAC, chef de l'ESLM de Gironde

Dr P. DEMANGE, médecin-conseil

Dr A. ANTONIAZZI, médecin-conseil

Dr S. SCHWERDORFFER, médecin-conseil

Professions de santé

Dr JJ DELABANT, représentant de l'URPS-ML et président de la CSMF Gironde

M. MULLON, représentant de l'URPS-Masseurs kinésithérapeutes

ARS Nouvelle Aquitaine

M. LAFORCADE, directeur,

A. JOAN-GRANGE, directeur, direction des financements

CHU Pellegrin

S. ZAMARON, directrice du département de la qualité et de la performance

Dr T. SCHAEVERBEKE, chef du service de rhumatologie

Liste des personnes rencontrées à Poitiers les 29 et 30 mars 2017

M. LAMBERT, directrice de la CPAM de la Vienne

G. NOTTE, directeur-adjoint CPAM de la Vienne

V. MARTIN, responsable Service en santé

A. AMENDOLA, chargée de mission GDR

C. PATROUILLAULT, responsable Service statistiques

G. TESSIUER, responsable Service DAM-CIS

F. MOREAU, délégué à l'assurance maladie

S. MILLET, conseiller informatique service

ELSM de la Vienne

Dr B. DEMONDION, chef de l'ESLM

Dr S. BEZATR-BLANCOT, médecin-conseil

Dr F. FARIZY, médecin-conseil

Liste des personnes rencontrées à Strasbourg les 18 et 19 avril 2017

DCGDR Grand-Est et CPAM du Bas-Rhin

Mme Sylvie MANSION, DCGDR et directrice de la CPAM

Tayana KIRSTETTER, responsable de la cellule DCGDR

Adeline WELTER, chargée de mission produits de santé et II

Stéphane FAVRET, chargé de mission prévention – précarité – soins de proximité

DRSM Alsace-Moselle

Jean-Baptiste SCHOUX, médecin conseil régional adjoint, pilote du groupe produits de santé

ELSM Bas-Rhin

Sophie MENESTRIER, médecin-chef de l'ELSM et ses managers

CPAM du Haut-Rhin

Nicole GALLIOT, Directrice adjointe Cpam 68, pilote du groupe transport (sous réserve)

CPAM du Bas-Rhin

Yannick KELKLER, Directeur Adjoint Cpam 67, pilote du groupe indemnités journalières

Marie-Paule GLADY, sous directrice en charge de la GDR

Eric SCHMIDT, responsable du département marketing relationnel

Laetitia LENGLET, responsable du département appui à la performance

Murielle SCHNEIDE, responsable du service prévention

Mme SCHMITT, DAM

Mme Christelle ADREANI, DAM

Mme Olivia LOUIS, CIS

ARS Grand-Est.

Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'ARS Grand-Est

M. Laurent DAL MAS, directeur de la qualité et de la performance

René NETHING, responsable de la délégation territoriale d'Alsace (Strasbourg et Colmar)

Liste des personnes rencontrées à Nancy le 20 avril 2017

DRSM Champagne-Ardennes-Lorraine

Dr Emmanuel GAGNEUX, médecin conseil régional, directeur régional

Dr Denis ALLENBACH, médecin conseil régional adjoint, directeur régional adjoint

Mme Siam GIURANNA, sous-directrice

Dr Bruno SCHMITT, responsable du pôle contrôle des prestations et des relations avec les assurés Dr Jérôme CULAUD ?

Dr Dominique FRANCOIS, responsable du pôle contrôle, contentieux établissements

Dr D. SEYER, responsable du pôle contrôle, contentieux, ambulatoire

Dr Corine DIDIER, responsable pôle des relations avec les professionnels de santé et des services en santé

Dr Thierry PERREAU, responsable de la mission régionale dentaire

Dr Claudine DIF, responsable de la mission régionale pharmacie

Mme V. PIDOLOT, responsable appui au pilotage et CPG

CPAM de Meurthe-et-Moselle

Fabienne HUET, agent de direction en charge de la Direction de la Régulation et des Relations avec les Acteurs en santé

Olivier PADIER, manager stratégique de cette même direction

Sylvie DIDIER, manager en charge de pôle Régulation /RPS /Economie Santé

Catherine de SOUSA, manager du pôle accompagnement

Patrice MANGINOT, manager pôle établissement en charge d'action de maîtrise dans les établissements

Guillaume MAI, délégué Assurance Maladie

Marie Laurence ROTATINTI, déléguée Assurance Maladie

Dominique YSNARD, déléguée Assurance Maladie

Benoît MARRAUD DES GROTTES, correspondant info service

Liste des personnes rencontrées à Lyon puis Valence les 15, 16 et 17 mai

DCGDR Auvergne-Rhône-Alpes

Dr Glenn LIMODO, DCGDR et DRSM Rhône-Alpes

Mme Chantal LEMBAKOALI-BARTHE, sous-directrice, responsable de la mission coordination

M. Vincent SAIUZEREAU, responsable adjoint

Mme Solange MICHALAK, gestionnaire de projet

Mme Sylvie SANCHEZ, gestionnaire de projet

Mme Karine BONNET, gestionnaire de projet

M. Renaud FELIX, gestionnaire de projet

Mme Louise MARTIN, assistante

DRSM Rhône-Alpes

Dr PEYRE COSTA, médecin conseil régional adjoint

Dr BRUNA FORTERRE, responsable relation avec les professionnels de santé et de la gestion relation clients

Dr Françoise CHAIUVINC, médecin conseil

Dr CLAVE, médecin conseil

Dr CAUCHARD, médecin chef adjoint

Dr Guy OGIE, chef du département de recherches d'informations médicalisées

ELSM Rhône

Dr Philippe CATON, chef de l'ELSM

CPAM du Rhône

Mme CARRET, responsable de service DAM

M FARENC, CIS

Mme DEDOLA,

Mme CHAUVEAU,

Mme Laurence BRAILLON,

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

M. de LACAUSSADE, directeur général adjoint,

Mme VIGNE, directrice de l'offre de soin

Dr Corinne REIFFEL, directrice déléguée, direction de l'offre de soin

M. VANDENBERGH, Directeur de la stratégie et des parcours

Hôpitaux civils de Lyon

Guillaume COUILLARD, directeur général adjoint

Professionnels de santé Lyon

M. THEURIAU, masseur-kinésithérapeute

Dr GARRIGOU-GRANDCHAMP, médecin généraliste

CPAM – Drôme – Valence

M. P. DUPL.ATRE, directeur

Mme A. BERNIE, directrice-adjointe, directrice direction santé

Mme T. MERIALDO, chef du département régulation

Mme C. COINTE, chef du service accompagnement des PS

Mme C. DIVET, adjointe à la chef du service accompagnement des PS

Mme M. DUBLAT, chef de l'unité gestion du risque

Mme A. CADDOUX, chef du service relations avec les PS-action sanitaire et sociale-services en santé

Mme B. RUCHON, DAM

Mme I. REYNIER, DAM

SIGLES UTILISES

ALD Affection longue durée

ANAP Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANSM Agence nationale de sécurité du médicament

ANSP Agence nationale de santé publique

ARS Agence régionale de santé

ATIH Agence technique de l'information hospitalière BPCO Bronchopneumopathie chronique obstructive

CAM Conseiller de l'assurance maladie

CAQES Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins CAQOS Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins

CEPS Comité économique des produits de santé

CGSS Caisse générale de sécurité sociale CIS Conseiller informatique service

CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNGDRESS Comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins

CNIL Commission nationale informatique et libertés

COG Convention d'objectifs et de gestion
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
CPG Contrat pluriannuel de gestion

CPOM Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

DAM Délégué de l'assurance maladie DAP Demande d'autorisation préalable

DCGDR Directeur coordinateur régional de la gestion du risque
DDGOS Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

DDO Direction déléguée aux opérations

DDSI Direction déléguée aux systèmes d'information

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DGS Direction générale de la santé

DREES Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

DRSM Direction régionale du service médical

DSES Direction de la stratégie, des études et des statistiques

DSS Direction de la sécurité sociale

EC Entretien confraternel

ELSM Echelon local du service médical

ETP Equivalent temps plein GDR Gestion du risque

GDR-PS Gestion du risque et professionnel de santé

HAS Haute Autorité de Santé
ICS Infirmières conseil en santé

IGAS Inspection générale des affaires sociales

IJ Indemnité journalière

IRDRES Institut de recherche et de documentation en économie de santé

LFSS Loi de financement de la sécurité sociale

LR Lettre réseau MC Médecin conseil

MSA Mutualité sociale agricole MSAP Mise sous accord préalable

MSO Mise sous objectif

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques

OMEDIT Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PAPRAPS Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins

PC Praticien conseil

PLANIR Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNGDRESS Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PPRGDRESS Plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

PPA Plan personnalisé d'accompagnement

PRADO Programme d'accompagnement du retour à domicile

PRS Projet régional de santé
PS Professionnel de santé

RIAP Relevé individuel d'activité et de prescriptions

ROI Return on investment

ROSP Rémunération sur objectifs de santé publique RPPS Répertoire partagé des professionnels de santé

RSI Régime social des indépendants

SDSI Schéma directeur des systèmes d'information

SGMAP Secrétariat général à la modernisation de l'action publique SMMOP Service médical : missions, organisation, performance

SNIIRAM Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SNDS Système national des données de santé

SNS Stratégie nationale de santé

TRAM Travail en réseau de l'assurance maladie

UGECAM Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

UNCAM Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS Union régionale des professions de santé

UOP Unité opérationnelle Prado

COURRIER DE REPONSE DE LA CNAMTS AU RAPPORT PROVISOIRE



Le Directeur Général

Date: 0.8 SEP. 2017

Madame Nathalie DESTAIS Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales 39-43, quai André Citroën

N/Réf.: DIR-CABDIR-D-2017-4744

<u>Objet</u> : Rapport provisoire concernant l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (2014-2017) de la CNAMTS – Gestion Du Risque

Madame la Cheffe de l'Inspection.

J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport provisoire sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 – volet gestion du risque, réalisé par Louis-Charles VIOSSAT, Jean-Louis REY et Julien MEJANE.

Au moment où s'engage la préparation de la prochaine convention, les constats et recommandations proposées par l'inspection générale pourront enrichir utilement les travaux entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

La mission évalue à 80% le niveau de mise en œuvre des actions prévues dans la COG, ce qui témoigne de la forte mobilisation de la CNAMTS comme des réseaux administratif et médical dans le déploiement des actions de gestion du risque, dont chacun reconnait aujourd'hui qu'elle est au cœur des missions de l'Assurance Maladie.

La mission procède à une estimation financière des moyens humains et informatiques consacrés à la gestion du risque, à hauteur de 450 millions d'euros. Je souhaite insister sur le fait qu'il serait totalement erroné de rapporter ce chiffre aux économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée. En effet, les Directions Régionales du Service Médical, dont le coût de fonctionnement pèse pour une large part dans le calcul de la mission, exercent principalement des activités de contrôle des prestations générant au quotidien des économies qui n'entrent pas dans le champ de la maîtrise médicalisée.

Pour renforcer sa capacité à peser sur l'évolution des dépenses de santé sans remettre en cause la qualité de la prise en charge, j'estime, tout comme la mission, que l'Assurance Maladie devra poursuivre la diversification de ses modalités d'intervention, en proposant des accompagnements plus personnalisés aux professionnels de santé, en déployant davantage de programmes auprès des médecins spécialistes, en travaillant de façon plus étroite avec les sociétés savantes ou les associations de patients pour élaborer ses actions, ou encore en s'appuyant sur les données de santé pour mieux cibler les messages et les démarches.

1

Il me semble pour autant excessif d'en conclure, comme semble le faire le rapport, que la gestion du risque connaît actuellement un essoufflement. Les résultats obtenus notamment en 2013 et 2015 sur le champ de la maîtrise médicalisée démontrent l'efficacité des actions engagées, et l'érosion du taux de réussite de la branche depuis deux ans traduit d'abord un net durcissement des objectifs fixés. Les résultats provisoires enregistrés sur 2017 se traduisent d'ailleurs par un taux d'atteinte très satisfaisant des objectifs fixés.

Par ailleurs, il me semble que le rapport pourrait davantage souligner les progrès réalisés en matière de coordination entre les services de l'Etat et l'Assurance Maladie depuis le premier plan ONDAM. En effet, nous nous appuyons aujourd'hui sur une répartition des responsabilités à la fois plus claire et plus cohérente avec les compétences de chacun, même si l'articulation entre les différents documents stratégiques touchant à la gestion du risque (COG, plan ONDAM, SNS, PNGDRESS) mériterait sans doute d'être améliorée.

Je partage enfin l'analyse de la mission sur le fait que l'évolution du système d'information constituera, dans les prochaines années, une condition essentielle au renforcement de l'efficacité des actions de gestion du risque, à la fois pour mieux analyser et anticiper les évolutions structurelles de la dépense, et pour élaborer les programmes les plus adaptés. Je souhaite à cet égard que les discussions à venir avec les pouvoirs publics dans le cadre de la préparation de la COG permettront d'attribuer à l'Assurance Maladie les ressources correspondant aux investissements qu'il convient d'engager.

Je vous invite à trouver en annexe les observations plus complètes formulées par la CNAMTS sur les principaux constats et recommandations établies par la mission.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.

Nicolas REVEL

OBSERVATIONS DE LA DSS AU RAPPORT PROVISOIRE

Remarques sur le rapport provisoire IGAS : évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS : gestion du risque

(1) Renforcer la proportion des indicateurs de performance mesurant l'impact de la gestion du risque et l'efficience de ses outils

Sur cette proposition d'indicateurs d'impact, la DSS partage la nécessité de réduire les indicateurs de la COG tout en les réorientant sur la mesure de l'impact des actions et des outils.

(2) Adopter une définition recentrée, précise et partagée au sein de l'assurance malade et de l'Etat de la gestion du risque et de ses objectifs prioritaires

Sur cette proposition de redéfinition de la GDR, la DSS partage l'avis de l'Igas quant à la nécessité de clarifier la notion de GDR au regard, notamment, des notions de maîtrise médicalisée et d'efficience, ce que le rapport aurait pu proposer. Selon la DSS, la maîtrise médicalisée est un levier de la GDR. L'efficience est un des objectifs de la GDR au même titre que la prévention des risques. Le PNGDRESS a en effet vocation à renforcer la gestion du risque entre Etat et assurance maladie, et à clarifier la notion de gestion du risque.

(3) Adopter un PNGDRESS et un plan Ondam cohérents avec une SNS opposable et d'une durée équivalente à celle de la COG Etat-Cnamts

Sur la proposition de mise en cohérence des documents sources, La DSS partage l'avis de l'Igas quant à une nécessaire cohérence des objectifs inscrits dans le PNGDRESS, le Plan Ondam et la SNS. C'est d'ailleurs l'objectif retenu dans les travaux d'élaboration des différents documents. La mise en cohérence juridique de ces documents nécessite toutefois une évolution des textes qui les fondent.

(4) Consacrer la partie de la COG relative à la GDR à la prévention, à l'allocation des moyens et la fixation des objectifs en cohérence avec le plan Ondam et le PNGDRESS et à la bonne utilisation des leviers et des outils de GDR

La proposition de structuration de la COG relative à la GDR autour de 3 axes est cohérente avec les réflexions de la DSS.

(10) Inscrire dans la COG un programme d'évaluations externes des leviers de GDR, et assurer la transparence des méthodes d'évaluation interne

La DSS partage l'avis de l'IGAS sur la nécessaire évolution de l'évaluation des leviers de gestion du risque mis en place par la CNAMTS.

(16) Renforcer l'application des mesures contraignantes lorsqu'elles sont nécessaires en privilégiant un recours plus large à la MSO

Le recours plus large à la MSO ne doit pas empêcher l'application des MSAP, qui restent suivi d'effets en termes de maitrise médicalisée. L'IGAS souligne la faible application des pénalités financières faisant suite aux MSAP, c'est donc ce qu'il semble davantage devoir être poursuivi et amélioré, afin de renforcer l'efficacité des MSAP.

(17) Simplifier et automatiser le traitement des DAP « papiers », idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat

Sur cette recommandation, la DSS privilégie davantage le développement de la dématérialisation des DAP que les DAP papiers.

La création d'un algorithme décisionnel est déjà un préalable à la mise en place d'une DAP. Associé à une DAP dématérialisée, l'avis peut en effet être immédiat.

Cette recommandation ne peut donc être portée que sous réserve de développements des SI et de la mise à disposition de recommandations de bonne pratique traduisibles en algorithme.



Inspection générale des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Gestion du risque -

TOME II ANNEXES

Établi par

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

SOMMAIRE

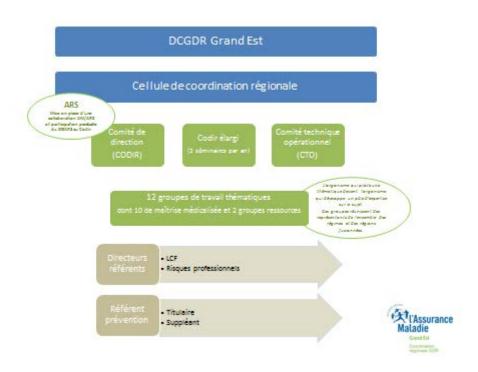
ANNEXE 1 - ORGANISATION ET PILOTAGE DE LA GESTION DU RISQUE – DONNEES COMPLEMENTAIRES5
ANNEXE 2 - NOMENCLATURE DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DES CPAM ET DES DRSM 11
ANNEXE 3 - LES INDICATEURS GDR DE L'ACCORD D'INTERESSEMENT13
ANNEXE 4 – NOTE DE SYNTHESE SGMAP - COG CNAMTS 2014-2017 - VOLETS SI ET NUMERIQUE
ANNEXE 5 – GESTION DU RISQUE ET SYSTEMES D'INFORMATION23
ANNEXE 6 - BILANS MSAP HOSPITALIERES 2014 ET 201639
ANNEXE 7 – LE PROGRAMME PRADO45
ANNEXE 8 - LE PROGRAMME SOPHIA61
ANNEXE 9 – ETUDE ATIH SUR LES DELAIS ENTRE UN ACTE OPERATOIRE ET LA CONSULTATION DE SUIVI81
ANNEXE 10 – PARTENARIAT « BIG DATA » AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE83
ANNEXE 11 – BILANS DE LA COG87

ANNEXE 1 - ORGANISATION ET PILOTAGE DE LA GESTION DU RISQUE DONNEES COMPLEMENTAIRES

1 SUR LES DCGDR

- [1] En approche transversale, le DGGDR a pour mission :
- de faciliter la complète appropriation des directives nationales par les organismes et services médicaux de la région, à en garantir une application homogène et à organiser la mise en œuvre coordonnée des programmes de gestion du risque et de lutte contre la fraude;
- d'analyser et comparer les résultats, y compris intermédiaires, obtenus par ces programmes, et impulser, si nécessaire, les mesures d'adaptation utiles ;
- de faire progresser les synergies au sein du réseau entre les compétences d'ordre médical, social et administratif, notamment en confiant le pilotage de chaque projet, chaque fois que la situation s'y prête, à un binôme médico-administratif et en s'assurant du pilotage partagé de toutes les actions exigeant un contact avec les professionnels de santé ou les établissements de santé;
- de superviser l'exactitude, la ponctualité et la qualité des remontées d'informations vers la caisse nationale;
- d'assurer l'interface entre les organismes du régime général de l'assurance maladie et la caisse nationale pour la mise en œuvre et le suivi des objectifs de gestion du risque et de lutte contre la fraude, et pour favoriser les échanges de bonnes pratiques dans le réseau ; et les autres régimes d'assurance maladie ; et l'agence régionale de santé. » cf. LR-DDGOS-15/2016 du 29 février 2016.
- [2] Le DCGDR met en place et anime un « comité de direction régional de la gestion du risque » (CODIR GDR). Instance de concertation et de partage de l'information, il doit permettre une déclinaison régionale cohérente et méthodique de la stratégie nationale, avec pour cible une réalisation effective et complète de tous les programmes d'actions et une atteinte des objectifs des CPAM de la région. Le comité est informé régulièrement du déroulement des programmes, des résultats enregistrés en cours et en fin d'exercice et, le cas échéant, des difficultés rencontrées. Il propose toute mesure corrective utile, notamment et si nécessaire, de la planification des actions. Chaque directeur de CPAM prend part personnellement aux travaux de ce comité qui se réunit au minimum cinq fois par an.
- [3] Dans chaque région, le DCGDR désigne un directeur référent de la prévention, un directeur référent de la réparation AT/MP et un directeur référent de la lutte contre la fraude qui lui rendent compte directement de leurs actions et à l'ensemble des membres du CODIR GDR. Il anime une instance de concertation avec les représentants compétents en gestion du risque des organismes de la région du RSI et de la MSA.

- La cellule placée sous l'autorité de chaque DCGDR a pour rôle de mettre en œuvre et coordonner dans la région les savoirs et compétences des organismes dans les champs utiles à la gestion du risque, à savoir, notamment, les établissements de santé, les statistiques et l'analyse des bases de données, l'économie et la géographie de la santé, la médecine, l'épidémiologie et la santé publique, les métiers de l'assurance maladie (lignes de production, règles de liquidation, facturation, réglementation des prestations...), les relations conventionnelles avec les professions de santé, la réparation des risques professionnels, le domaine juridique, les actions de prévention incluant les programmes d'accompagnement des patients, le contentieux et la lutte contre la fraude.
- [5] Elle prépare et organise les CODIR-GDR et toutes les instances ou comités techniques mis en place par le DCGDR. Elle suit dans leur avancement, leur planning et leur production notamment tous les projets et groupes de travail activés dans la région en matière de gestion du risque. Elle est le point de passage et de supervision des informations entre la CNAMTS-DDO et les organismes sur ce sujet.
- [6] Le DCGDR, avec l'appui de sa cellule de coordination, mobilise les compétences et coordonne les contributions de tous les organismes de la région en matière de gestion du risque et de lutte contre la fraude dans un pôle d'expertise combinant opérationnellement des ressources à compétences spécifiques, mobilisables sur une thématique de gestion du risque sur des outils ou sur des fonctions dites de support. Ces pôles doivent être source de propositions innovantes en matière d'actions, d'outils et de méthodes. A minima un pôle d'expertise doit exister pour les thématiques : établissements de santé ; analyses de données, statistiques ; contrôle-contentieux ; réparation en AT/MP et lutte contre la fraude.
- 2 UNE ILLUSTRATION DE L'ORGANISATION : LA DCGR DE LA REGION GRAND-EST (SOURCE : DCGDR GRAND EST)



Les champs de la coordination régionale en GDR

Les missions essentielles demeurent...

- Maîtrise des dépenses de soins
- Plan triennal pour l'efficience et la performance du système de soins
- Lutte contre la fraude

élargissement à d'autres thématiques avec la réforme territoriale

- GDR de la réparation en AT/MP
- Relations conventionnelles régionales
- Relations et contacts avec les professionnels et établissements de santé
- Actions de prévention et dispositifs de soutien à l'accès aux soins des publics fragiles

sans oublier que le DCGDR représente l'AM auprès du DGARS

- Participe à l'élaboration du PPRGDRESS et du Projet régional de santé (PRS)
- Contractualise avec le DGARS pour la mise en œuvre des plans régionaux



Les instances de gouvernance régionale

Comité de direction (Codir)

- . Membres: 10 CPAM, 2 DRSM, 2 CARSAT, RSI, MSA, Régime local
- Fréquence mensuelle en présentiel (intuitu personae) à Nancy

Comité technique opérationne I (CTO)

- Membres: référents GDR des CPAM, DRSM, CARSAT, RSI, MSA, Régime local et pilotes des groupes de travail selon l'ordre du jour
- Fréquence mensuelle en amont des Codir (la visioconférence est privilégiée)

Séminaires régionaux

- intermores au coair + medecins conseil cnets de service DRSM et échelons locaux
- · Fréquence biannuelle
- Ex. Séminaire organisé à Nancy le 22 septembre 2016 : DMP et téléméderine



Organisation de la cellule de coordination

Nom	Fonction	Référent groupe
×	Responsable de la cellule	Auxiliaires médicaux, Accompagnement 75
×	Attachée de direction	Communication
	Chargée de mission	Produits do santé, II
×	Attachée juridique	LCF
×	Chargé domission	Prévention, Publics précaires
·	Statisticion	-
	Chargée de mission	Sablissoments, Persinence
ĸ	Chargée de mission	Stablissomonts, Transports
	Statisticion	

- Réunions hebdomadaires (visioconférence) avec diaporama à renseigner en amont
- Réunions en présence de la DCGDR une fois par mois

- Espace collaboratif en ligne partagé AM/RSI/MSA/ARS (Groupcamp)
- Tableau de bord dynamique de suivi des indicateurs CPG ventilés par département
 Fiche de demande de données statistiques
 Charte de communication et fiche de demande d'actions de communication

- Fiche d'état d'avancement pour les remontées des groupes des travail aux instances de pilotage



Les groupes de travail co-pilotés avec l'ARS

GROUPES PARTAGES	PILÔTE AM	PILOTE ARS	PREMIERS TRAVAUX
TRANSPORT 2 sous-groupes (&lab/issoment / ambulatoire)	x	x	Croupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés CAQOS : ciblege 2016 et n'aissation d'une grilled'analyse des contrats hammonisés au niveau dela région en lien avec l'Ar6; n'aissation de profil par établissement Partage de l'arspérimentation 67 sur la plateforme transports et diffusion des bonnes pratiques Campagne de communication van l'hôpital
PRODUITS DE SANTE BIOLOGIE 5 sous-groupes (cellule d'expertise / médicaments 1 / médicaments 2 / LPP, biologie / médicaments (iate en sus)	x	x	Groupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - CAQOS PRINTEY : chlage 2016 et dialisation d'une grille d'analysades contrats harmonisés au niveau de la négion en l'an avec (ARS) - Sonus : miss en place d'actions régionales sur latrogènie et LLP
ETABLISSEMENT 3 sous-groupes (virage ambulatoire / perfinence / médica-social)	x x	×	Croupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés Installation de l'IRAPS le 21 juin 2016 - Réalisation des supports pour les dialogues degestion avec l'ARS - PAPRAPS validé le 30/09/16 - UCR installée - Séminaire plan ONDAMARS/AM(03/10/16) - Réunion régionale CAM/référents médicaux (18/11/16) ITASSU Maiadile

Les groupes de tr	availAM	
GROUPE DE TRAVAIL	PILOTE AM	PREMIERS TRAVAUX
Lutte contre la fraude	х	Croupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Hammonisation du dessiar de pressat CF au riveau du Grand Est et terrue simultanés de conférences de pressat départementales ou ante région sur la saconde quinzaine de mai
Risques professionnels	x	Croupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Elargissement du champ d'intervention à la prévention, la terification et la relation avec les ampleyeurs - Désignation d'un référent pour les pouvois en cassation
Prévention	х	Croupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Réalisation d'un état des lieux régional des stuctures de gestion dépistage cancers - Travail avec l'ASS sur la réorganisation des stuctures de gestion sur le Grand Est - Sophia : mutualisation des campagnes d'appels téléphoniques à destination des essurés
Indemnités journalières	x	Croupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Méalisation d'un diagnactic Grand Est - Chéation d'un fond documentaire (Wilk)
Auxiliaires médicaux	х	Croupe installé en avril 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Formation de l'arsamble des référents départamentaux à l'outil KÜALA
Accompagnement PS	x	Croupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Marmonisation de la formation des DAM en cours
Accès aux droits PLANIR	x	Groupe installé en avril 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés

Les groupes de travail AM « ressources »

GROUPE DE TRAVAIL	PILÔTE AM	PREWIERS TRAVAUX
Communication régionale	х	Croupe installé on mars 2018 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Elaboration d'un guida de communication Navalattar trimastrialla à destination de l'ansamble das PS - Palors-en, la santé prograsse avec vous a - Publication de « La lettre aux employeurs » o nédigés C PAN/ORSIN/Carset sur la périmètre Grand Est - Harmonisation trama fisair info - Actions conjointes ARS/AM (diabète et vaccination anti-grippale)
GRH GDR	x	Lettre de mission et plan d'action régional validés



ANNEXE 2 - NOMENCLATURE DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DES CPAM ET DES DRSM

Tableau 1 : Comptabilité analytique des CPAM

	Accompagnement dans l'évolution des pratiques	Accompagnement des PS et des Ets dans l'évolution des pratiques (bon usage des médicaments, respect de la réglementation,) informations sur les campagnes de vaccination (ROR, grippe dépistages cancers,) et sur les thèmes de prévention (alcool tabac, troubles de la vision,)
	Actions DAM	Actions menées par les Délégués de l'Assurance Maladie : préparation des visites (prise de contact, préparation administrative du dossier, prise de RDV, élaboration et préparation des argumentaires), visite des PS, traitement des suites de la visite (rédaction de compte-rendu, suivi administratif, contacts avec les autres services)
A account of the afficient of the second of	Suivi conventionnel	Suivi conventionnel PS (Info° sur la convention, Méd. référents & traitants, PS non conventionnés), Réunion sur gest° convention, Instances formation conventionnelle PS, CPL.
Accompagnement des offreurs de soins	Actions sur l'offre de soins	Actions visant à modifier l'offre de soins ambulatoires dans la circonscription, accompagnement de réseaux, regroupement de cabinet, cabinets secondaires, permanence des soins :étude du projet/analyse de la demande de financement/suivi du projet dans sa réalisation/analyse de l'activité du réseau de soins/analyse de l'utilisation des fonds Actions visant à modifier l'offre de soins hospitaliers dans la circonscription :étude du projet/analyse de la demande de financement/suivi du projet dans sa réalisation/analyse de l'activité du réseau de soins/analyse de l'utilisation des fonds.
	Supervision Dir - Accompagnt des offreurs de soins	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Accompagnt des offreurs de soins	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)
	Accompagnement dans l'évolution des pratiques	Bon usage du médicament, Aspect de la règlementation y compris les campagnes de prévention et de communication. Yc les évolutions des pratiques assurés sur le bon usage du médicament (génériques, antibiotiques, statines, polymédication) sur le respect de la réglementation (OBZ, arrêts de travail) -le respect de la réglementation (OBZ, arrêts de travail)
Accompagnement des assurés	Prévention	Toutes les actions de prévention et de dépistage : ROR, vaccination, bucco-dentaire, dépistage, nutrition, SOPHIA, santé active,y compris les campagnes de communication.
	Orientations dans système de soins	Orientation des assurés dans le système de soins (tarification, offre de soins), PRADO, y compris les campagnes de communication, Conseillers AM.
	Supervision Dir - Accompagnement des assurés	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Accompagnement des assurés	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)
	controle Ac Accompagnement des assures	controle a priori, controle a posteriori, addits de procedure (cr. nitr., i vis da i esae)
Maîtrise médicalisée	Surveillance du système de santé	Réalisation d'études et d'analyses portant sur les dépenses de santé ambulatoires et hospitalières, sur les comportements des professionnels de santé et des assurés (réalisation de requêtes SIAM, établissement de statistiques) Etudes statistiques GDR Contrôle d'activités des PS hors Catalogue Maitrise des Risques CPL traitement de l'informationnel, édition des requêtes, envoi des messages, analyse et mesure d l'impact à l'exception des requêtes LCF Tableaux de bord GDR, actions locales de GDR hors ARS
Walance incordance	Programme ARS	Toutes les actions nationales de GDR menées dans les CPAM à l'exception des actions DAM (études thématiques, mises sous accord préalables,)Toutes actions complémentaires régionales spécifiques menées dans le cadre des priorités de GDR communes aux ARS et à la Branche Maladie
	Pilotage régional GDR	Actions de pilotage menées sous l'égide du Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (réunions, préparation de plan d'actions GDR) hors lutte contre la fraude.
	Supervision Dir - Maîtrise médicalisée	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Maîtrise médicalisée	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)

Tableau 2 : Comptabilité analytique des DRSM

CPR2A	RPS
Avis	Convention
Revue de dossier	Hors convention
Contrôle interne	Maîtrise médicalisée ville
Action de prévention de la désinsertion professionnelle	Maîtrise médicalisée établissements
Traitement des demandes d'actions sanitaires et sociales	Etudes et programmes
PLANIR	Divers
Expérimentation : programme d'accompagnent des victimes	Programmes régionaux
Expérimentation « carte transport assis »	
DAP Hypocholestéroméliants	
Action de repérage de l'origine professionnelle des tumeurs	
Divers CPR2A	

ANNEXE 3 - LES INDICATEURS GDR DE L'ACCORD D'INTERESSEMENT

- [1] La présente annexe présente les indicateurs GDR de l'accord d'intéressement pour les années 2014 à 2017.
- Dans la dans la part nationale figure pour ces 4 années un 4ème,, indicateur classé à tort dans la GDR (diminution du taux de dépassement pour les bénéficiaires de l'ACS, puis en 2017 taux de recours au tiers payant intégral par les médecins pour les bénéficiaires en ALD) qui n'est donc pas repris ici.
- [3] A partir de 2017, la valorisation se fait en points (sur 1000) et non plus en pourcentages. Pour la commodité de la comparaison, la valorisation 2017 est convertie ici en pourcentages.

2014 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS
nombre d'adhésions au	évolution des montants des	évolution des montants des	dépistage du cancer : mettre
programme Prado	IJ	IJ	en place le test
orthopédie			immunologique pour le
10%	10%	10%	dépistage du CCR.
			Neutralisé
nombre de contacts avec les	ROSP-évolution du taux	taux d'arrêts de + de 45 j	déploiement de Sophia
PS et les ES	moyen d'atteinte des	contrôlés avant le 120 ^{ème}	Asthme,
10%	résultats des médecins	jour	
	traitants 10%	10%	35,5% de30%
montant des économies de	nombre d'adhésion au	ROSP-évolution du taux	extension de Prado
maîtrise médicalisée des	programme Prado	moyen d'atteinte des	insuffisance cardiaque
dépenses) 10%	maternité. 10%	résultats des médecins	
		traitants 10%	76,2% de30%
		évolution du nombre des	
		adhérents SOPHIA en écart	
		aux soins 10%	
		nombre d'adhésion au	
		programme Prado	
		orthopédie. 10%	
2015 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS
nombre d'adhésions au	évolution des montants des	évolution des montants des	Nombre de patients
programme Prado	IJ	IJ	adhérents à Sophia 5%
10%	10%	10%	dont nouveaux adhérents
			diabétiques en écarts aux
			soins 5%
nombre de contacts avec les	ROSP-évolution du taux	taux d'arrêts de + de 45 j	Accompagner les médecins et
PS et les ES	moyen d'atteinte des	contrôlés avant le 120ème	sages-femmes dans la prise
	résultats des médecins	jour	en charge du sevrage
	traitants		tabagique et faire évoluer la
12,5%	10%	10%	prise en charge des substituts
			nicotiniques 10%
montant des économies de	Taux des médicaments	ROSP-évolution du taux	Taux de dépistage du cancer
maîtrise médicalisée des	génériques	moyen d'atteinte des	colorectal
dépenses) 7,5%	10%	résultats des médecins	10%
		traitants 5 %	
		évolution du nombre des	
		adhérents SOPHIA en écart	
		aux soins 10%	
		Nombre d'ES mis sous MSAP	
		(dont : nb ES CA 1/3; nb ES	
		« hors CA 1/3 ; nb ES SSR 1/3) 10 %	

2016 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS	
nombre d'adhésions au	Economies sur les montants	Economies sur le champ des	Réorienter Sophia : nb de	
programme Prado	des IJ (tous prescripteurs)	dépenses de médicaments	nouv. adh. Diabétiques	
10%	10%	prescrits principalement par	recrutés en 2016 en écart aux	
		les méd. spé. 11%	soins 10%	
nombre de contacts avec les	Taux de dépistage du	Taux d'arrêts de travail-	Ouverture du e-coaching	
PS et les ES	cancer colo rectal	AT/MP- de plus de 100J	tabac	
10%	10%	contrôlés avant 130j 7%	10%	
montant des économies de	Taux des médicaments	Taux d'arrêts de travail-Mal -	Taux des médicaments	
maîtrise médicalisée des	génériques	de plus de 100J contrôlés	génériques	
dépenses 10 %	10%	avant 150j 7%	10%	
		Sophia nombre		
		d'inscriptions d'assurés		
		diabétiques en écarts aux		
		soins 10%		
		Nombre d'ES mis sous MSAP		
		10%		
2017 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS	
nombre d'adhésions à 3	Plan ONDAM - économies	Plan ONDAM - économies	généralisation progressive de	
volets du programme Prado	sur les médicaments	sur les médicaments	SOPHIA Asthme 10%	
15%	10%	11%		
nombre de contacts avec les	taux de couverture des	taux d'arrêts de travail	ouverture du e-coaching Dos	
PS et les ES	campagnes prioritaires	maladie contrôlés sur	10%	
10%	prédéfinies auprès des MG	personnes avant 180J pour		
	ciblés 10%	les assurés en ALD non		
		exonérante 7%		
montant des économies de	taux des médicaments	taux d'arrêts de travail de	nombre de DMP créés	
maîtrise médicalisée des	génériques	plus de 244j- tous risques-	10%	
dépenses 10 %	10%	contrôlés sur personnes		
		avant le 310e J 7%		
		Sophia part des nouveaux		
		adhérents diabétiques en		
		écarts aux soins 10%		
		taux de couverture des		
		campagnes prioritaires		
		10%		

ANNEXE 4 – NOTE DE SYNTHESE SGMAP - COG CNAMTS 2014-2017 - VOLETS SI ET NUMERIQUE

Dans le cadre des deux missions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'évaluation de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) CNAMTS pour la période 2014-2017 portant, pour l'une, sur les sujets d'efficience et pour l'autre, sur la gestion des risques, une équipe d'appui mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) a mené un bilan et un diagnostic sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Sur la base de ces éléments, l'équipe d'appui a élaboré une proposition d'axes de développement futur.

L'objectif du présent document est de fournir une vision complémentaire aux équipes de l'IGAS pour les assister dans l'évaluation de la COG sur les sujets SI et numériques ainsi que dans leur rédaction de propositions à destination de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) pour la prochaine COG.

BILAN DE LA COG 2014-2017

La COG 2014-2017 s'articulait autour de 4 axes majeurs :

- 1. Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins
- 2. Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers
- 3. Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins
- 4. Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie

Dans ce cadre, les actions SI et numériques étaient cruciales et parmi les 21 fiches de la COG, de nombreuses visaient le système d'information, que ce soit de manière directe ou indirecte. La fiche 20 « Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG » était plus particulièrement dédiée à l'informatique. Elle portait à la fois sur les évolutions techniques et fonctionnelles du SI et sur le volet transformation numérique.

La période 2014-2017 a vu la mise en place d'évolutions majeures mais des actions clés restent à ce stade à terminer.

Les évolutions clés qui ont permis de renforcer le SI de la CNAMTS au cours de la période ont notamment porté sur :

- Le développement de téléservices adaptés aux attentes des publics, avec l'ouverture de nombreux téléservices tant à destination des assurés (e.g., déclaration de nouveau-né en ligne dans le cadre du Programme 1) qu'aux professionnels de santé (e.g., nouveau Protocole de Soins Electronique dans le cadre du Programme 2) et aux employeurs (e.g., intégration de la DSN dans le cadre du Programme 9).
- La prise en compte d'évolutions réglementaires de grande ampleur (e.g., PUMa, Tiers Payant, DMP), auxquelles le SI de la CNAMTS a su s'adapter rapidement.

- L'amélioration notable de la disponibilité des portails, qui avait été érigée en indicateur de résultat de la Fiche 20 de la COG. Toutefois, si les objectifs fixés dans la COG ont été atteints en 2017 pour les portails professionnels de santé et employeurs (> 99,5%), l'objectif de 99,5% reste à atteindre pour le portail Assurés.
- La consolidation du socle technique, puisque les premières briques d'une architecture SOA ont été posées et des composants de services partagés mis en place (e.g., dispositif de routage ESPOIR).

Le taux d'exécution des programmes du SDSI -second indicateur de résultat prévu par la Fiche 20 de la COG- est actuellement supérieur à 85% et confirme le bon avancement des actions prévues dans la COG.

Toutefois, malgré ces avancées majeures, certaines actions clés que la CNAMTS s'était engagée à mettre en place sur la période 2014-2017 n'ont pour l'heure pas été achevées. C'est notamment le cas des actions suivantes :

- La rénovation du poste de travail des agents, dont seul le socle a été renouvelé mais dont la refonte intégrale a été reportée et devrait s'étaler sur plusieurs années, avec un accrochage progressif des différents processus (e.g., INDIGO, SMUT et DIADEME).
- La consolidation des référentiels autour du RFI cible, projet ambitieux censé faciliter la rénovation des processus métier avec une dimension gestion des données de référence de l'individu (vs famille) mais qui n'a pas dépassé le stade de l'étude.
- L'enrichissement et l'exploitation du SNIIRAM, plus grande base de données de santé au monde, qui reste largement sous-exploitée et dont l'offre de services est structurée de manière complexe.
- L'exploitation du plein potentiel métier de la DSN, dont les flux courants et événements ne sont pas intégralement pris en compte dans les chaînes de traitement.
- La finalisation du dispositif de facturation en ligne, puisque le déploiement de FIDES n'est pas encore achevé.

SYNTHESE DES ENJEUX SI ET NUMERIQUES

En complément du bilan de la COG, une analyse a été menée autour de 4 axes : L'architecture applicative, les infrastructures, le modèle d'exécution et les capacités numériques. Cette analyse complémentaire révèle 4 axes de développement pour la CNAMTS :

a) Simplifier radicalement et moderniser l'architecture SI

Le parc applicatif de la CNAMTS, particulièrement explosé, limite la capacité des métiers à mener à bien leur mission et rend nécessaire une simplification en profondeur de l'architecture de la CNAMTS, dont les infrastructures obsolescentes doivent en outre être modernisées.

b) Rationaliser l'organisation SI pour accroître l'efficacité et accélérer la simplification

La forte décentralisation de la fonction SI et la faiblesse du pilotage économique rendent complexe le pilotage du SI dans son ensemble.

c) Développer la gestion des risques, avec des fonctionnalités SI dédiées

L'exploitation du potentiel du SNIIRAM et l'utilisation des outils de *Big Data / Data Analytics* doivent être renforcées afin d'améliorer et faciliter les actions de gestion des risques. Par ailleurs, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques serait souhaitable afin de mieux coordonner les actions SI en matière de gestion des risques.

d) Accélérer la transformation numérique en capitalisant sur le savoir-faire actuel

Si la CNAMTS a amorcé sa transition vers le numérique, les actions actuelles doivent, afin de permettre une transformation de l'Assurance Maladie en profondeur, s'inscrire dans une stratégie à 3-4 ans portée par une organisation à l'échelle.

a) Simplifier radicalement et moderniser l'architecture SI

La CNAMTS a su créer une architecture évolutive grâce à des outils *middleware* performants (e.g., DESIR, ESPOIR et MAESTRO), développer de solides *front-end* dotés de nombreuses fonctionnalités et traiter l'obsolescence de ses dispositifs de stockage, notamment grâce à un personnel SI compétent.

Plusieurs opportunités d'améliorations ont néanmoins été notées lors du diagnostic :

- Le parc applicatif de la CNAMTS est particulièrement explosé, avec plus de 3600 applicatifs (dont environ 2000 applicatifs locaux), essentiellement développés en interne (vs progiciels)¹
- De nombreuses applications clés sont vieillissantes, ne couvrent pas les besoins métiers (e.g., BDO Famille, Diadème) et ne bénéficient pas d'un pilotage fin de la dette technique
- Avec plus de 200 projets en parallèle, le portefeuille projets est fortement fragmenté, les projets réglementaires - en grande majorité non prévus dans la COG- mobilisant plus du quart de la charge de projets totale
- De nombreux serveurs et bases de données de la CNAMTS sont obsolescents (e.g., 60% de serveurs IBM Power v6, ~70% des bases de données Oracle 10g qui ne sont plus supportées depuis 2013), sans qu'aucun plan de contingence standardisé n'ait été mis en place à ce stade

-

¹ Lettre de mission de la Mission Déléguée n° 23/2016 de la CNAMTS.

Ces éléments de diagnostic ont conduit l'équipe d'appui à proposer les initiatives suivantes pour saisir ces opportunités d'améliorations :

1. DETERMINER UNE ARCHITECTURE APPLICATIVE CIBLE RATIONALISANT DRASTIQUEMENT LE RENOUVELLEMENT DU SI CŒUR DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de pallier les limitations actuelles de nombreuses applications, la définition d'une architecture cible (i) rationalisée, (ii) nationale et (iii) moderne au cours du premier semestre 2018 doit être érigée en priorité. A cette occasion et en vue de faciliter la transition vers cette architecture cible, il pourrait être judicieux d'étudier l'opportunité de renforcer le recours à des progiciels (vs développements spécifiques / internes).

2. LANCER UN PROGRAMME DE TRANSFORMATION POUR MIGRER VERS L'ARCHITECTURE CIBLE

La mise en place de l'architecture cible susmentionnée doit se faire rapidement, tout en minimisant les risques de transition. En conséquence, le programme de transformation destiné à migrer vers cette architecture cible se devra d'être clair et précis et devra s'appuyer sur la mise en place d'un *Value Assurance Office* ainsi que d'une gouvernance simple et rigoureuse (e.g., revue hebdomadaire avec le DSI et bimensuelle avec le DG, indicateurs de suivi par projet).

3. RENOUVELER LES COMPOSANTS D'INFRASTRUCTURE A RISQUE D'OBSOLESCENCE

Le renouvellement de nombreux composants d'infrastructure à risque d'obsolescence est indispensable pour garantir à la CNAMTS une infrastructure efficiente, évolutive et stable. Ce renouvellement, qui doit concerner aussi bien les bases de données (diversification de l'empreinte Oracle et élimination des versions 9g, 10g et 11g) que les serveurs (bascule intégrale vers x86), doit s'accompagner d'un plan de contingence prévoyant le test systématique des applications clés.

b) Rationaliser l'organisation SI pour accroître l'efficacité et accélérer la simplification

L'analyse du modèle d'exécution de la CNAMTS fait ressortir quelques points forts. Tout d'abord, l'organisation SI en place au niveau national permet un bon alignement entre la DDSI, les métiers et les différentes MOA spécialisées et imbriquées dans chacune des directions métiers. En outre, les dépenses SI sont en ligne avec le *benchmark* (7.5% des coûts d'opération) et l'on constate un bon niveau d'externalisation des ressources de la DDSI (~40%).

Plusieurs opportunités d'améliorations ont toutefois été identifiées lors du diagnostic :

- L'organisation SI est fortement décentralisée (~25 sites), avec près de la moitié de ressources SI indépendantes logées dans les CPAM et les DRSM (~1400 personnes) sans pilotage au niveau national
- Avec 9 CTI -dont plus de la moitié sont dédiés à la gestion des applications localesl'exploitation de la production reste encore régionalisée, ce qui nuit à l'efficacité générale de la fonction SI

- Le pilotage économique du SI est de très faible maturité. En effet, les différents chiffrages effectués ne permettent pas d'avoir une vision complète (e.g., personnel et achats) et unique (DDSI, MOA, CTI, CPAM / DRSM) des dépenses SI
- La concentration de plus du tiers de la dépense externe sur un seul fournisseur crée un risque de dépendance vis-à-vis de ce dernier
- Les développements de logiciels internes (vs recours aux progiciels) génèrent un déséquilibre dans l'allocation des ressources et expliquent en partie le niveau élevé des ressources SI internes

Afin de saisir ces opportunités d'améliorations, l'équipe d'appui suggère de lancer les actions suivantes :

1. RENFORCER LE PILOTAGE ECONOMIQUE DU SI

Afin de gérer de manière efficiente les dépenses de la fonction SI, la CNAMTS se doit d'en faire une analyse consolidée. Celle-ci nécessite, d'une part, de centraliser les dépenses de toutes les entités SI (DDSI, MOA, CTI, CPAM et DRSM) et, d'autre part, de prendre en considération l'intégralité des coûts SI (i.e., informations RH internes et achats). A cet effet, il conviendrait de renforcer le pilotage économique en effectuant un suivi des différents types de dépenses (e.g., build vs run, ressources internes, outsourcing, matériel, logiciels) de manière régulière (e.g., revue mensuelle) au sein de la gouvernance.

2. PILOTER L'ENSEMBLE DES RESSOURCES SI LOCALES ET OPTIMISER LEUR ALLOCATION

Si la CNAMTS souhaite se doter d'une organisation SI efficiente, elle doit impérativement piloter les ressources SI des CPAM et DRSM, s'attacher à les allouer de manière optimale et coordonner sa stratégie SI sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, la CNAMTS devra déterminer son organisation SI cible, ce qui suppose notamment d'avoir une vision consolidée et précise de l'ensemble des effectifs SI locaux, de déterminer les activités strictement nécessaires en local et d'étudier la pertinence d'un rattachement des ressources SI locales à la DDSI. Dans sa recherche de gains d'efficience, la CNAMTS doit faire du pilotage de ses ressources SI locales l'une de ses grandes priorités pour les années à venir.

3. DIVERSIFIER LE PORTEFEUILLE DE FOURNISSEURS CLES

Une répartition des prestations fournies par le principal fournisseur SI entre différents prestataires permettrait dans un premier temps de diminuer le risque de dépendance à l'égard de ce fournisseur. A plus long terme, la CNAMTS devrait déterminer un schéma cible qui définirait la meilleure configuration de partenaires SI clés (2-3 vs 1, locaux vs *nearshore*, type de contrats) en vue d'éviter tout risque de dépendance.

C) Développer la gestion des risques, avec des fonctionnalités SI dédiées

1. LANCER LES ACTIONS PERTINENTES EN VUE D'EXPLOITER LE PLEIN POTENTIEL DU SNIIRAM

La CNAMTS gère l'une des bases de données les plus volumineuses au monde (données relatives au parcours de plus de 65 millions de personnes), qui regroupe des données de santé et des données médico-administratives en multi régime.

Toutefois, si la CNAMTS a lancé des initiatives en vue d'améliorer l'exploitation des données du SNIIRAM (e.g., partenariat avec l'Ecole Polytechnique pour favoriser le développement du *Big Data*) le diagnostic a permis à l'équipe d'appui de relever 11 points de progrès², notamment :

- L'enrichissement des informations contenues dans le SNIIRAM (e.g., intégration d'informations sociodémographiques des bénéficiaires)
- La simplification de l'offre de services (basée sur ~15 entrepôts de données techniques, avec des structures difficiles à maîtriser pour les utilisateurs et requérant plusieurs mois de formation pour s' « approprier » l'outil)
- Une meilleure exploitation du SNIIRAM à des fins de gestion du risque (e.g., outillage de la maîtrise médicalisée)
- L'amélioration de la « fraîcheur » des données (certains utilisateurs déplorant un décalage de quelques sur la mise à jour des données)
- La fluidification de l'accès au SNIIRAM, qui manque actuellement de réactivité en raison des procédures imposées par la CNIL (e.g., près d'un an pour l'obtention d'un accès permanent)
- L'exploitation avancée de la donnée via les technologies de *Big Data / Data Analytics* au-delà de la première expérimentation lancée

Sur la base de ces éléments de diagnostic, l'équipe d'appui suggère d'engager des initiatives destinées à exploiter le plein potentiel du SNIIRAM.

Une série d'études pourrait être lancée en matière de gestion des risques, notamment pour déterminer (i) la possibilité d'identifier et suivre des cohortes en vue d'analyser les impacts des prescriptions, (ii) les opportunités d'enrichissement de la ROSP (iii) comment offrir un outillage performant à la gestion médicalisée (e.g., offrir aux DAM et médecins conseil un support de pointe et riche d'informations pour leurs visites) ainsi que (iv) la possibilité de croiser les données du SNIIRAM avec des facteurs de risques sociodémographiques.

De manière plus générale, il serait en outre souhaitable que la CNAMTS étudie les possibilités d'améliorer l'alimentation, le stockage et l'exploitation du SNIIRAM (e.g., amélioration de la fraîcheur des données, simplification de l'offre de services, fluidification des accès, exploitation avancée du *Big Data / Data analytics*).

A l'issue de ces différentes études, la CNAMTS devra lancer les actions pertinentes identifiées afin que le potentiel du SNIIRAM soit pleinement exploité.

² Détaillés dans le document de diagnostic de l'équipe d'appui.

2. CREER UNE MOA DEDIEE A LA GESTION DES RISQUES

Par ailleurs, la CNAMTS ne dispose pas à proprement parler de MOA dédiée à la gestion des risques, celle-ci étant éclatée entre la MOA DDO, la MOA DDGOS et les différents programmes. En outre, deux équipes distinctes gèrent le SI décisionnel (SIAM Erasme et SNIIRAM). Il apparaît donc complexe d'avoir une vision d'ensemble des projets d'outillage en cours contribuant à la gestion des risques.

Afin d'avoir une vision unifiée sur le SI en matière de gestion des risques, de permettre la mise en place d'un plan d'action dédié à la gestion des risques et de concentrer l'expertise métier et technique en la matière, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques est recommandée. Pour ce faire, il conviendrait de déterminer la structure cible (MOA transverse ou concentration des ressources au sein d'une MOA existante, à l'instar de la MOA DDGOS) et de mettre en place ladite structure en la dotant des bonnes compétences.

D) Accélérer la transformation numérique en capitalisant sur le savoir-faire actuel

La CNAMTS a bien amorcé sa transition vers le numérique et est à ce stade en avance sur d'autres caisses nationales en matière de numérique. Elle a en effet mis en place plusieurs initiatives conjointes SI-métier telles que la Filière « Digital », les pilotes P1 et P2, la Filière HD et le *Coding Dojo*, et a lancé une première expérimentation des technologies de *Big Data*. Les méthodes agiles qu'elle a instaurées au sein de la Filière « Digital » sont en outre proches de l'état de l'art.

Il ressort cependant du diagnostic effectué par l'équipe d'appui quelques opportunités d'amélioration. En effet :

- Le portefeuille de projets enregistre de nombreux retards (~50% des projets ont enregistré des retards en 2016, supérieurs à 5 mois pour plus de la moitié d'entre eux), dont la concentration sur les phases avales témoigne d'un potentiel manque d'itérativité (pouvant luimême être le signe d'un recours trop faible aux méthodes agiles)
- Le cloud n'est que très peu utilisé par la CNAMTS, que ce soit en termes d'Iaas (une seule expérimentation de cloud privé, « CPAM cloud », ayant été réalisée), Paas ou Saas (absence de logiciel Saas)
- La CNAMTS manque d'une vision numérique consolidée permettant de rassembler les différentes initiatives et d'en maximiser l'impact
- Avec moins d'1% de ses ressources SI consacrées au numérique, la CNAMTS ne jouit pas d'une organisation numérique adaptée lui permettant de relever les défis qui l'attendent à l'ère du numérique.

L'équipe d'appui propose en conséquence d'engager les deux initiatives suivantes :

1. FORMALISER LA STRATEGIE NUMERIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin d'accélérer la transformation numérique de l'Assurance Maladie, il importe que la CNAMTS fasse de la définition d'une stratégie numérique à 3-4 ans une priorité de premier rang. Il conviendra d'une part d'en évaluer l'impact attendu sur les prochaines années et d'autre part de la communiquer et d'aligner l'ensemble de l'organisation autour d'elle.

Sans attendre la définition de cette stratégie, la CNAMTS devrait considérer le lancement de quelques initiatives clés qui lui permettraient de capturer des opportunités numériques « garanties », telles que l'utilisation de logiciels Saas (e.g., RH), l'extension de l'utilisation du *cloud* privé, le déploiement des nouveaux outils collaboratifs (e.g., IM), l'amélioration des mesures de protection en matière de cyber-sécurité ou encore le développement des capacités *Big Data*.

2. TRANSFORMER LES INITIATIVES NUMERIQUES ACTUELLES EN UNE VERITABLE « USINE DIGITALE » POUR L'ASSURANCE MALADIE

Une fois sa stratégie numérique définie, la CNAMTS devra déterminer la structure numérique cible dont elle aura besoin pour la mettre en œuvre. Le déploiement d'une véritable « usine digitale » au sein de la CNAMTS devra passer par le regroupement des ressources numériques actuelles mais aussi le recrutement et la formation des compétences numériques qui lui font aujourd'hui défaut. Cette « usine digitale » devra de surcroît être dotée d'une gouvernance adéquate en vue d'en garantir le bon fonctionnement.

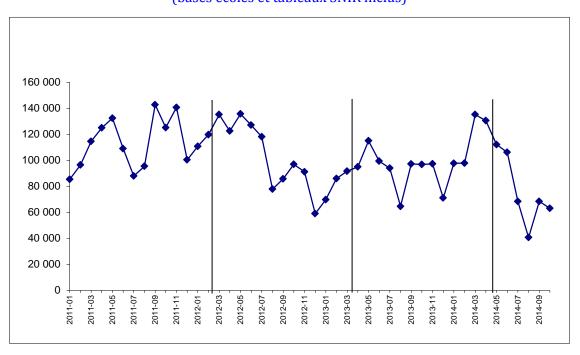
Dans ce cadre, la CNAMTS aurait intérêt à capitaliser sur ses savoir-faire existants et à déployer à une plus large échelle (à terme au sein de son « usine digitale ») les bonnes pratiques agiles qu'elle a déjà mises en place mais qui, pour l'heure, restent de petite taille (moins de 1% des ressources SI de la CNAMTS). L'utilisation de méthodologies agiles est en effet conseillée toutes les fois que les projets s'y prêtent, puisqu'elles permettent notamment de minimiser les coûts et les délais des projets mais aussi d'augmenter la satisfaction des utilisateurs finaux. La CNAMTS pourrait à cette occasion en profiter pour étoffer la taille de ses équipes agiles (~10 personnes vs 4), systématiser leur co-localisation et mettre en place la gestion des dépendances, qui sont de bonnes pratiques agiles.

ANNEXE 5 – GESTION DU RISQUE ET SYSTEMES D'INFORMATION

[1] Les deux missions IGAS d'évaluation de la COG CNAMTS ont bénéficié de l'appui d'une équipe mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) afin de mener un bilan et un diagnostic, et d'élaborer une proposition d'axes de développement sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Le rapport de synthèse figure en Annexe 4.

1 GARANTIR L'EFFECTIVITE DE L'ACCES AUX DONNEES DE SANTE

- [2] L'amélioration des connaissances du risque en maladie est freinée par l'utilisation restreinte que font les acteurs externes et l'assurance maladie du SNIIRAM. La Cour des comptes y a dédié un rapport en 2016³ où elle recommandait notamment d'encourager, de faciliter et de sécuriser l'utilisation des données de santé à des fins d'intérêt général.
- [3] La stagnation de l'utilisation de la base SNIIRAM (entre 2010 et 2014, la mission n'a pas obtenu de chiffres plus récents) s'effectue dans un contexte général de fort développement des activités d'exploitation de données.



Graphique 1: Evolution du nombre de requêtes BO par mois (bases écoles et tableaux SNIR inclus)

Source: CNAMTS

³ Cour des comptes, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie. 2016.

- [4] L'assurance maladie reste la principale utilisatrice des données du SNIIRAM, plus particulièrement le réseau des CPAM et des DRSM. Les organismes de recherche et les professionnels de santé ne représentent qu'un très faible nombre des utilisations⁴ alors que leurs contributions seraient essentielles à la compréhension et à l'évolution vers des pratiques médicales efficientes. L'Etat et ses agences sont également minoritaires avec 23 % de l'activité.
- [5] Aux difficultés d'accès physique relevées par la Cour des comptes s'ajoute la technicité d'une base qui exige, au-delà des compétences statistiques, une expertise sur la compréhension des données et des dispositifs règlementaires (indemnités journalières, forfaits ...).

1.1 Le développement d'un accès aux données pour les acteurs externes à l'assurance maladie

1.1.1 Les travaux de mise en œuvre du SNDS

- [6] L'amélioration des connaissances du risque en maladie passe par une plus forte implication des acteurs externes à l'assurance maladie dans l'utilisation du SNIIRAM.
- [7] La mise en œuvre du système national des données de santé (SNDS), instauré par l'article 193 de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, devrait garantir une plus large disponibilité des données de santé.
- [8] L'ouverture du SNDS le 10 avril 2017 pour les 25 accès permanents est une étape importante qui, avec son alimentation par les données du SNIIRAM, PMSI et CepiDC, sont des réussites importantes de la politique d'ouverture des données de santé qui constituait un objectif de la COG 2014-2017.
- [9]
- [10] Les modalités de mise en œuvre de ces projets n'étaient pour la plupart pas encore fixées à la date de rédaction du présent rapport. Elles dépendront notamment de choix structurels qui seront pris en 2017 sur l'étendue de l'offre de services, le devenir du SNIIRAM, et le financement du SNDS (les 3 scénarios d'évolution proposés par la mission SGMAP chiffrent les dépenses entre $56 \, \mathrm{M} \oplus \mathrm{et} \, 76 \, \mathrm{M} \oplus \mathrm{a} \, \mathrm{l'horizon} \, 2020$).
- [11] L'effectivité de la mise en œuvre du SNDS dans les délais prévus devra donc être un objectif majeur de la prochaine COG 2018-2021. Trois grandes priorités pourraient être suivies :
- La poursuite de l'enrichissement du SNDS et l'ouverture des données de santé: les opérations de consolidation des flux d'information dans le SNDS doivent être finalisées en 2019 avec l'alimentation en données médico-sociales des MDPH et d'un échantillon des données d'organismes complémentaires. Des difficultés sont déjà attendues menaçant le respect des délais, la CNSA devant notamment achever un projet d'harmonisation des systèmes d'information des MDPH avant de pouvoir livrer les données médico-sociales;

-

^{4 2%} de requêtes mensuelles estimées à partir des 9 premiers 2016

- La participation de la CNAMTS et de la DREES à la gouvernance des données de santé: la comitologie arrêtée par décret du 26 décembre 2016 répartit entre la CNAMTS et la DREES le pilotage technique et stratégique du SNDS. Cette comitologie devra certainement s'affiner pour assurer un fonctionnement efficace et transparent. On évoque par exemple la constitution d'une commission de priorisation chargée de traiter les demandes de services arrivant à l'INDS. L'organisation fluide de ces instances et la participation des deux pilotes en leur sein seront des conditions indispensables à leur bon fonctionnement;
- Le développement de nouveaux services à destination des organismes habilités à accéder au SNDS: à l'image du SNIIRAM l'exploitation du SNDS nécessite la mise à disposition d'une offre de services qui permet l'accès à des logiciels métiers (R, Python ...) ou à des jeux de données spécialisés. Il faudra s'assurer que ces services couvrent bien le périmètre des besoins formulés par les utilisateurs dont les attentes sont très fortes, mais également qu'ils respectent les capacités de mise en œuvre de ceux qui assureront leur production, au premier rang desquels la CNAMTS.

1.1.2 L'offre d'accès simplifié aux données de santé

[12] Un accès simplifié aux données de santé est actuellement possible grâce à l'échantillon généraliste des bénéficiaires⁵ (EGB). Ses modalités d'accès simplifié et sa volumétrie limitée en font un outil de première approche apprécié. Certains acteurs ont toutefois exprimé le besoin d'augmenter la volumétrie de l'EGB afin de permettre des travaux sur des données rares ou peu représentatives (ex: pathologies rares).

[13] Le lancement d'un grand EGB (à l'échelle 1/10ème), un temps évoqué par la CNAMTS, est toujours dans l'expectative. L'étude d'opportunités commandée en février 2016 à la société Ernst & Young s'est principalement prononcée sur la faisabilité technique face aux risques de reidentification, mais aucune étude économique ou financière ne vient soutenir la décision de lancement.

1.1.3 Le nécessaire transfert de compétences

[14] Lorsqu'elles proviennent de l'extérieur de l'assurance maladie, les requêtes sur le SNIIRAM sont traitées par la DEMEX, équipe d'accompagnement de la CNAMTS qui serait composée d'environ 5 personnes. La mission a cherché à évaluer la qualité du traitement de ces demandes (délais de réponse, conformité aux besoins) sans toutefois recevoir les données demandées. La CNAMTS s'est limitée à indiquer qu'elle priorisait ses traitements de façon informelle en intégrant le degré d'urgence ou la qualité du donneur d'ordre.

[15] Avec le SNDS la CNAMTS n'aura plus l'obligation de traiter ces requêtes externes et devra se concentrer sur ses responsabilités au titre du traitement du SNDS et de la satisfaction de ses propres besoins internes.

[16] Ce sera l'INDS qui assurera le traitement des requêtes extérieures, les organismes habilités ayant par ailleurs le droit de réaliser leurs propres traitements. Ces acteurs du SNDS vont devoir acquérir une autonomie et internaliser une compétence qu'ils n'avaient jusque-là pas développée. La CNAMTS aura un rôle essentiel à jouer pour accompagner ce transfert de compétences.

⁵ au centième de la population couverte par le régime général d'assurance maladie

- [17] Les coûts d'entrée et de maintenance de l'expertise SNIIRAM seront élevés et en raison des délais d'acquisition des compétences, généralement estimés à 12 mois. L'objectif est toutefois atteignable et certaines agences (ANSM et ANSP) sont parvenues à développer leurs propres compétences sur les données du SNIIRAM.
- [18] L'Etat et ses agences sont au premier rang des acteurs concernés. Les directions d'administration centrale et les ARS disposent en effet de ressources limitées et se sont jusque-là appuyées sur des coopérations plus ou moins efficaces avec l'assurance maladie. Les éventuelles embauches se réaliseront sur un marché concurrentiel que les acteurs privés ont déjà commencé à investir en prévision de l'ouverture des données de santé.
- [19] Face à ces difficultés, des projets de mutualisation autour de centres d'expertise commencent à émerger. Mais l'Etat et ses partenaires doivent rapidement investir le champ et organiser cette mutualisation s'ils veulent s'assurer d'un accès large aux données de santé.

1.2 En interne un potentiel d'exploitation des données à mieux exploiter

[20] A la CNAMTS les études sur la gestion du risque relève principalement de la DSES (qui comptait 86 personnes en 2016) et accessoirement de la DDGOS, moins dotée en effectifs spécialisés sur l'exploitation du SNIIRAM.

3 Direction 3 Cabinet Département de la veille stratégique 8 Département études sur l'offre de soins 20 Département études en santé publique 9 Département synthèses et prévisions 10 Département études sur les pathologies et les patients 15 17 Maîtrise d'ouvrage informatique des statistiques et des études Mission d'appui au réseau sur les outils informationnels et statistiques 6 TOTAL 91

Tableau 1 : Répartition des effectifs de la DSES en octobre 2015

1.2.1 La dispersion des effectifs dans le réseau

- [21] Le service administratif et le service médical disposent chacun d'un service statistique.
- [22] L'exploitation des données se fait principalement à des fins de contrôle ou de gestion du risque, mais les CPAM mobilisent également ces compétences pour d'autres besoins comme le contrôle de gestion ou les ressources humaines.
- [23] La production statistique alimente généralement des reportings, des ciblages et des profils communiqués aux professionnels et des établissements de santé, qui complètent les jeux de données envoyés par la CNAMTS à l'occasion des campagnes de gestion du risque.
- L'effectif statique du réseau de l'assurance maladie s'élevait en octobre 2015 à 430 personnes d'après les données recueillies par la mission. Il s'agissait très majoritairement d'effectifs de CPAM (395). Les emplois y sont divers (assistant, technicien, chargé de mission ...) et seules 183 personnes étaient identifiées comme statisticiens ou équivalent.

[25] Ramené au nombre d'établissements on compte donc en moyenne 1,8 statisticiens par CPAM, avec certainement une inégale répartition territoriale. Cette situation fragilise un nombre important de « petites » CPAM qui peinent à maintenir des effectifs formés en nombre suffisant. La compétence statistique sur les données de santé est rare et demande à être entretenue par une pratique régulière. Dans les équipes réduites, les statisticiens se retrouvent isolés, manquent d'échanges confraternels, et sont souvent cantonnés à l'exécution routinière de requêtes à faible valeur ajoutée.

1.2.2 Des bases de données riches mais dont l'exploitation est freinée par des contraintes organisationnelles

[26] Les données de gestion du risque sont issues au niveau local de trois bases de données schématisées ci-dessous :

	Erasme	SNIIRAM	SNIIRAM—DCIR-PMSI
	Données individuelles	Produits agrégés, aucune donnée individuelle bénéficiaire	Données individuelles bénéficiaires anonymes
Accès locaux	Données brutes de liquidation, nominatives : vue sur l'ensemble des prestations liquidées par la CPAM	Restitution des données par agrégats : connaissance des dépenses, activité des PS et établissements	
	Données brutes de liquidation, anonymisées bénéficiaires : vue		Données contrôlées, accessibles selon 3 axes : patients, exécutants, prescripteurs

DCGDR: accès administratifs

DRSM: accès médicaux, avec croisement données sensibles

Tableau 2 : Bases de données assurance-maladie accessibles au niveau local

[27] Ces bases offrent une grande richesse de données et le réseau est équipé techniquement pour les exploiter. L'accès aux données de santé se heurte néanmoins à des contraintes organisationnelles :

sur l'ensemble des prestations

liquidées par les CPAM de la

région

Accès

régionaux

- Les services administratifs se plaignent d'une rigueur excessive qui contraint à passer par le service médical dès lors qu'ils doivent traiter une information personnelle sous couvert de secret médical, alors que certaines de ces informations peuvent déjà être déduites des bases administratives. C'est le cas notamment pour les données inter-régimes qui ne sont disponibles qu'au niveau du DCIR;
- Contrairement à ERASME, le datamart DCIR n'est pas régionalisé mais rattaché au format DRSM dont la cartographie ne correspond pas à celle des DCGDR, ce qui complique les requêtages régionaux, et l'identification unique car certains assurés figurent en double dans les bases DRSM.

1.2.3 Une organisation des travaux régionaux par les DCGDR

- [28] La production d'études dans le réseau commence à s'articuler au niveau régional avec la montée en charge des DCGDR. Des pôles d'expertise statistique réunissent les correspondants locaux des CPAM et des ELSM afin d'échanger sur les problématiques communes, et de coordonner les travaux en répartissant la charge de travail entre les groupes opérationnels.
- [29] En 2016, le pôle d'expertise statistique de la région nouvelle Aquitaine a ainsi coordonné 45 requêtes demandées par les groupes opérationnels. 13 outils régionaux ont également été mis à disposition sous forme de kit avec requêtes à lancer localement.
- [30] Limités à un rôle de coordinateur ces pôles se heurtent encore à des difficultés structurelles :
- Les DCGDR ne disposent pas d'accès aux données régionales et doivent compiler les données remontées par les CPAM/ELSM, lorsqu'elles sont fournies ce qui n'est pas toujours le cas ;
- La contribution des DRSM est facilitée lorsque le DCGDR est également DRSM ;
- Les données régionales fournies par la CNAMTS portent essentiellement sur les résultats CPG et comportent peu de données de gestion (volumétrie MSAP) qui seraient utiles à la DCGDR;
- La coordination n'est pas la mutualisation et de nombreuses productions et études sont encore effectuées de façon redondante au niveau local;
- Les services locaux passent un temps important au service du national ou du régional, à des fins de reporting ou de travaux à la demande.

1.2.4 Une faible coopération ARS et assurance maladie

- ARS et Assurance-Maladie n'ont pas encore trouvé un modèle coopératif permettant une bonne exploitation des données de santé. L'ouverture du SNDS devrait résoudre une partie de ces difficultés en autonomisant l'accès aux données de ville des ARS, pourvu qu'elles parviennent à développer et à structurer des compétences encore embryonnaires.
- Toutefois, l'esprit de coopération voulu par le législateur et concrétisé dans le PNGDRESS doit trouver également à s'exprimer en matière d'exploitation des données de santé. Parmi les travaux faisant l'objet d'un réel intérêt de partage entre les ARS et l'assurance maladie, la question des parcours de soins est prépondérante.
- [33] A l'initiative de certains dirigeants locaux, des initiatives tentent de développer les coopérations. En région Nouvelle-Aquitaine, les acteurs de santé ont installé un comité de pilotage médico-administratif sur le DCIR-PMSI. Ce comité a pour objectif de définir les travaux qui peuvent être menés par les services statistiques de la DRSM et la mission d'appui DCGDR, à partir des demandes des organismes locaux, des groupes de travail ou en vision prospective sur les sujets ARS / Assurance maladie.

2 LA RELATION NUMERIQUE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA GESTION DU RISQUE

2.1 Une absence de dialogue numérique entre médecins conseil, délégués et professionnels de santé

- [34] L'assurance maladie n'est pas parvenue à établir des modalités d'alimentation continue du dialogue avec les professionnels de santé, qui passe essentiellement par les visites des délégués (DAM) ou les entretiens confraternels avec les médecins conseil (MC).
- [35] Sans remettre en cause l'aspect qualitatif de l'échange en vis-à-vis plébiscité par les médecins de ville, le recours à une médiation numérique bien utilisée et enrichie régulièrement de données à jour permettrait de démultiplier la capacité d'action des ressources limitées en DAM et en médecins conseil.
- [36] Il pourrait être envisagé d'utiliser un outil existant, Espace Pro, pour nourrir le dialogue entre les praticiens et les DAM ou médecins conseil en facilitant le recours à des échanges par courriel via l'espace de message sécurisé.
- Espace Pro offre la possibilité d'échanger avec le service médical via une messagerie sécurisée qui fonctionne avec une connexion du professionnel via la CPS. Cette messagerie était à l'origine orientée dans un logique « inter professionnelle », et ne fonctionnait pas vers les ELSM, les médecins conseil ne disposant pas d'une CPS. La CNAMTS expérimente dans la région Centre puis en région PACA un service d'échange sécurisé avec l'ELSM, via un fil de discussion, permettant l'envoi de pièces jointes. A ce stade cependant, l'ELSM ne peut pas initier le fil de discussion, ce qui limite son utilisation potentielle. Une étude est en cours pour permettre l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé par les ELSM dans le cadre de la mission DMP.

2.2 Les téléservices d'Espace Pro ne couvre pas l'ensemble du parcours de santé

- [38] La CNAMTS propose aux professionnels de santé des services « en ligne » qui leur permet d'effectuer certaines procédures directement à partir de leur poste de travail. Ces téléservices placées sous la direction du programme CALIPSO (P2) sont proposés à travers deux canaux :
- le portail web de la CNAMTS, Espace Pro, dont la version actuelle date de 2011;
- les logiciels métiers qui peuvent intégrer certains des téléservices CNAMTS.
- [39] Depuis plusieurs années, ces téléservices se sont diversifiés et enrichis. La dématérialisation des procédures, par l'injection automatique d'informations dans les applicatifs constitue un enjeu d'efficience majeur pour l'assurance maladie.
- [40] Plusieurs fonctionnalités sont susceptibles d'accompagner les actions de gestion du risque auprès des médecins de ville.

Les services permettant de disposer d'une vision globale de la pratique médicale

vision « ROSP » : Espace Pro permet de consulter le niveau de complétude des indicateurs ROSP quantitatifs, via une alimentation trimestrielle du tableau de bord.

- vision de la patientèle pour laquelle le médecin est médecin traitant, mais sans production de statistiques agrégées - exemple par âge, genre, profil médical....
- vision de la patientèle SOPHIA, avec les entrées de la patientèle et le suivi des parcours
- relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP)

Les services dont l'objectif est d'accompagner le processus métier

(certains téléservices sont proposés en « intégré » logiciels, indiqués par un *):

- les avis d'arrêts de travail ou AAT*: le médecin peut dématérialiser l'avis d'arrêt de travail et s'appuyer sur des fiches repères recommandant une durée en fonction de la pathologie renseignée. Les durées proposées sont indicatives et non contraignantes pour le médecin.
- les protocoles de soins électroniques ou PSE*, utilisés par les médecins traitants pour rédiger en ligne les protocoles ALD de leurs patients et prendre connaissance de l'avis du médecin conseil. Ces protocoles sont injectés automatiquement dans Hippocrate pour traitement par le service médical. Il permet une injection automatisée des ALD listes déclaratives dans Hippocrate puis LM2A et BDO sans aucune intervention de technicien depuis juin 2016.
- les demandes d'accord préalable de médicaments hypocholestérolémiants : la rosuvastatine (CRESTOR®), l'ézétimibe seul (EZETROL®) ou l'ézétimibe en association fixe avec la simvastatine (INEGY®). La réponse à la demande d'accord préalable est générée automatiquement via un algorithme.
- [41] Malgré un taux d'adhésion des professionnels de santé de 100% dans presque toutes les CPAM, l'utilisation des téléservices a inégalement progressé sur la durée de la COG et reste en-deçà de son potentiel.

Tableau 3 : Taux de dématérialisation

	2014	2015	2016
Avis d'arrêts de travail (AAT)	22,63%	15,22%	22,69%
Protocoles de soins électroniques (PSE)	20,05%	22,53%	35,17%

Source: CNAMTS

[42] Trois facteurs limitent structurellement l'utilisation d'Espace Pro et sont décrits ci-après.

2.2.1 Les fonctionnalités proposées ne couvrent que des parties du processus métier

[43] Le portail actuel, qui résulte de la fusion des deux portails PS précédents, est encore perçu comme insuffisamment en phase avec les attentes de ses utilisateurs :

- les utilisateurs ne peuvent se créer leur profil « configuré » leur permettant d'accéder directement aux services qu'ils utilisent le plus, contrairement à des standards de marché (Gmail + etc.), alors même que la rapidité et la simplicité d'utilisation sont clefs pour le médecin de ville en consultation
- les téléservices ne sont pas tous interrégimes, bien que la couverture interrégimes ait été considérablement étendue sur la durée de la COG. Ainsi, pour certains médecins, le fait de ne savoir d'emblée (hors connexion) si le patient en consultation relève d'un régime interfacé constituerait un frein au recours à ces téléservices.

- les téléservices Espace Pro ont été conçus dans une logique de dématérialisation de documents administratifs, et non pas dans une vision métier qui permettrait aux professionnels de santé une gestion de parcours « de bout en bout ». L'approche métier est actuellement le monopole des éditeurs de logiciels et de leurs téléservices intégrés qui sont jugés plus pratiques par 94 % des professionnels interrogés⁶. Ils présentent essentiellement comme avantages de ne pas avoir à sortir du logiciel métier pour se connecter à Espace Pro, la possibilité de stocker des éléments dans les dossiers clients, ainsi que l'absence de problèmes de connexion.
- [44] De manière spécifique des limites existent également sur certaines téléprocédures :
- AAT: Dans la même logique, le recours au téléservice AAT, pourtant porteur d'enjeux très significatifs en matière de maîtrise des dépenses, est également limité par les fonctionnalités proposées. Pour rappel, en 2016, 17 451 784 AAT ont été prescrits, parmi lesquels seuls 22,61 % étaient dématérialisés (4 012 832 de e-AAT, et 13 738 652 de AAT papier). Le taux d'évolution du recours au téléservice depuis 2014 a très peu progressé (cf. tableau précédent).

Ainsi, à titre d'exemple, le médecin ne dispose pas du contexte patient suffisant pour savoir s'il s'agit d'un arrêt initial ou d'une prolongation. Les fiches repères n'indiquent qu'une durée recommandée pour les arrêts de travail, que le médecin peut modifier à la hausse ou à la baisse. PSE : le téléservice protocole de soins électronique ne permet pas d'inscrire un patient dans un parcours SOPHIA simultanément, alors même qu'un médecin de ville est amené à réaliser un protocole de soins pour un patient diabétique par exemple, donc éligible à SOPHIA.

2.2.2 L'ergonomie ne facilite pas l'utilisation des téléservices

- [45] D'après la CNAMTS l'ergonomie des téléservices a fait l'objet d'une amélioration continue par le Programme 2. Cependant les Conseiller informatique Service (CIS), rencontrés lors des entretiens auprès des CPAM et des DRSM, font état des difficultés persistantes.
- Deux modalités de connexion permettent d'accéder à Espace Pro, offrant des niveaux de sécurisation différents : mot de passe et login, ou insertion de la CPS et de la carte Vitale du patient. Seule la connexion via la carte « professionnel de santé » CPS et la carte vitale du patient permet d'accéder aux téléservices patients. Or, les professionnels de santé préfèreraient entrer directement le NIR de l'assuré lors de la connexion à Espace Pro, pour gagner en rapidité, notamment afin de s'assurer que l'assuré est éligible au téléservice auquel le médecin de ville souhaite recourir. En 2016, la CNAMTS a comptabilisé 12 millions de connections via CPS pour 67 000 utilisateurs, et 47,5 millions de connexions via login et mot de passe pour 300 000 utilisateurs.
- Plus spécifiquement, pour les AAT, la faible pénétration du téléservice serait pour partie due à des problèmes d'ergonomie, en plus des limites de fonctionnalités. Ainsi, l'utilisation du téléservice apparaît plus longue que le recours au formulaire papier (connexion via la carte, navigation complexe parmi les 70 fiches repères, nombreux champs à remplir par différence avec le cerfa dont le remplissage par le médecin est limité, les champs étant pour partie laisser à la main de l'assuré), et le professionnel de santé doit imprimer le volet 3 employeur pour le remettre à l'assuré une fois l'AAT complété. Le Programme 2 a engagé une refonte partielle du téléservice (impression de la notice supprimée, et remplacée par un QR code en bas du volet 3, navigation simplifiée parmi les fiches repères...), qui doit être poursuivie.

-

⁶ enquête réalisée par la MD 20

2.2.3 Des contraintes de disponibilité et d'utilisation en mobilité persistent

[48] Espace Pro est une application web, issue de la fusion en 2011 d'Espace Pro et de mon compte PS, sur une technologie datée de 2008. Espace Pro est soumis à des exigences de disponibilité et de rapidité du débit du réseau, notamment en zones rurales ou semi-rurales.

[49] En raison du volume croissant de connexions et de l'obsolescence des technologies, la CNAMTS a rencontré de grandes difficultés en 2014 sur la disponibilité d'Espace Pro, qui ont été corrigées en 2015, mais ont entamé l'image dont le portail bénéficiait auprès des PS. D'après les CIS, les médecins plébiscitent la disponibilité des téléservices intégrés. En dépit des investissements réalisés par la DDSI sur la durée de la COG en matière de haute disponibilité, les professionnels de santé reprochent toujours à Espace Pro une lenteur qui rendrait le recours aux formulaires papier plus rapide⁷.

[50] Par ailleurs, les téléservices ne peuvent pas être utilisés en mobilité (visites à domicile, en maison de retraite...). Le portail Espace Pro n'est pas développé en responsive design, et les téléservices dits « patients » nécessitent la lecture des cartes PS et vitale. Seuls les téléservices intégrés dans les logiciels intégrés peuvent donc éventuellement être accessibles en mobilité selon les modalités retenues par les différents éditeurs.

2.2.4 La refonte d'Espace Pro doit être associée avec la simplification des processus

[51] Une réingénierie complète de l'Espace Pro est en cours par le Programme 2, qui doit permettre d'une part d'opérer une refonte technologique adaptée aux exigences de la haute disponibilité, et d'autre part, de mieux répondre aux besoins des utilisateurs.

[52] La nouvelle version d'Espace Pro, Améli Pro, est développée en mode agile, avec des retours utilisateurs rapides, mobilisés via un groupe test de cinq caisses (Paris, Melun, Rennes, Besançon, Toulouse) constitué depuis 2016. Elle s'étalera a minima jusqu'en 2019 par paliers successifs. Améli Pro est par ailleurs développé en « mobile first » afin de répondre aux enjeux de mobilité.

[53] La CNAMTS fait évoluer les téléservices afin qu'ils puissent être utilisés sans lecture de carte dès lors que la lecture de la carte n'est pas jugée juridiquement contraignante. Pour autant, au-delà des évolutions technologiques et ergonomiques apportées, l'appropriation par les professionnels de santé exige une refonte des processus métier associés aux téléservices, qui doit mobiliser les services concernées de la CNAMTS. Ainsi, la simplification des ALD a permis la refonte du téléservice PSE : les médecins peuvent désormais se passer de la lecture de la carte vitale, ce qui a fait progresser le taux de dématérialisation de 13 points entre 2015 et 2016.

[54] Il est donc souhaitable que la CNAMTS poursuive les travaux engagés autour de la simplification des processus métier, notamment dans le domaine des AAT, porteur de forts enjeux tant en matière de qualité de service que de gestion du risque, afin d'améliorer drastiquement le taux de recours à ce téléservice.

⁷ Etude réalisée par certaines CPAM de la MD 20 auprès de médecins

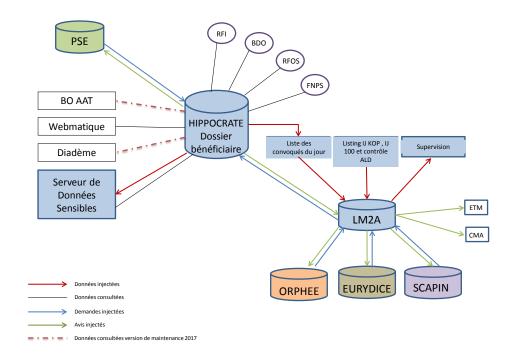
3 L'OUTILLAGE DES DRSM ET ELSM

L'outillage des DRSM et des ELSM repose sur un outil « cœur de métier » Hippocrate ainsi que sur un ensemble de liaisons vers des applicatifs, bases de données et référentiels de l'écosystème CNAMTS qui ne sont pas spécifiques au service médical, mais contribuent à son activité, notamment en matière de contrôle des prestations en espèces (CPRAA) ou de contrôle contentieux (CCX).

3.1 Un outillage des DRSM et ELSM hétérogène et daté

3.1.1 De très nombreuses applications sont utilisées par les services médicaux

[56] L'état des lieux ci-dessous a été alimenté par les travaux conduits par la CNAMTS avec la DRSM île de France sur la refonte du Portail Agent.



Graphique 2 : Cartographie des applications utilisées par les services médicaux

Source: CNAMTS

Hippocrate Production est l'outil central du Service Médical. C'est une application régionale avec des bases locales étanches (conformément au décret CNIL) pour les services de contrôle des prestations (avis d'arrêt de travail, dossier de bénéficiaire du service médical, gestion des convocations, ...). Par le biais d'une interface sécurisée il permet la gestion du dossier bénéficiaire à partir des données médico-administratives et des médicales recueillies dans le cadre des avis rendus.

Applicatifs de type « front office » ou de flux entrants (gestion documentaire et téléservices)

Medialog+ est l'outil CNAMTS de gestion de la relation avec les assurés. Il n'est pas interfacé avec les applications du domaine médical.

- Diadème (« Dématérialisation et Indexation Automatique des Documents Et Messages Electroniques ») permet la dématérialisation, l'indexation, le stockage, la circulation (traçabilité) et la restitution (consultation) des documents. L'ensemble des documents numérisés en CPAM est accessible au service médical (avis d'arrêts de travail lorsqu'ils sont arrivés sous format papier, reconnaissance ATMP, indemnités journalières ...). A terme, Hippocrate permettra d'utiliser le webservice de recherche et consultation de documents en cours de validation au sein du projet Diadème.
- Espace Pro ou les téléservices proposés en intégré logiciel sont le support de saisie des professionnels de santé d'un certain nombre d'actes métier, parmi lesquels les AAT, ou les PSE

Applicatifs de production

- Le Back Office « Avis d'Arrêts de travail » (BO AAT) centralise l'ensemble des arrêts de travail et certificats médicaux dématérialisés via les logiciels intégrés ou espace-pro, ainsi que les avis d'arrêt de travail maladie, maternité, paternité numérisés et injectés depuis Diadème. Cet outil permet également au service médical d'obtenir en automatique des résultats de listes de ciblage (prescripteurs mis sous accord préalable ou sous objectifs, arrêts itératifs...), et d'effectuer des requêtes de recherche multi critères. Il n'existe pas de liaison automatique entre le BOAAT et Hippocrate.
- LM2A (« Liaisons Médico-Administratives Automatisées ») permet aux services administratifs et médicaux de gérer leurs échanges relatifs aux demandes de prestations des bénéficiaires. LM2A permet également la gestion des demandes en matière de risques professionnels (ORPHEE et Eurydice), de risque invalidité (SCAPIN), de prestations en espèces et en nature.
- PROGRES est l'outil du Service Administratif pour la gestion des Indemnités Journalières liées aux arrêts de travail AS et AT/MP. Certains avis donnés dans Hippocrate, transitent par l'application LM2A et génèrent une inscription dans les zones ETM (exonération du Ticket Modérateur) et CMA (contexte médico-administratif) de la BDO. Elles sont alors consultables dans Progrès.
- Orphée, Eurydice et Scapin sont trois applications en charge respectivement de la gestion des accidents du travail et maladie professionnelles jusqu'à leur reconnaissance, et des pensions d'invalidité. Les échanges entre ces applications et le SI du service médical sont assurés par LM2A.

Les principales bases et référentiels de données

- Hippocrate Décisionnel est une base de données alimentée par incrément mensuel à partir des informations saisies via Hippocrate Production. Les requêtes de ciblage des assurés en sont issues. Des requêtes mensuelles (à M+ 10 j) ainsi que des tableaux d'activité sous BO sont accessibles en routine au niveau local, régional et national pour permettre le pilotage de l'activité.
- La Base de Données Opérante (BDO) est la base référentielle des assurés. L'accès à la BDO est réalisé à partir des vues PROGRES (infos Bénéficiaire, ETM, informations concernant le médecin traitant, le régime, la liste des bénéficiaires rattachés à l'assuré). L'application Webmatique permet la consultation des données de gestion des bénéficiaires. L'accès en consultation au dossier Webmatique du bénéficiaire se fait directement à partir du dossier Hippocrate.

- Erasme (Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique) est une base de données permettant un traitement statistique des données individuelles issues de différentes applications et référentiels tels que la BDO, le Fichier National des Professionnels de Santé (FINPS), Les requêtes de ciblage de type IJ 100, IJKOP par exemple en sont issues..
- Localement, des référentiels (ex : Conso IJ, Référentiel IJ...) et outils d'aide à la décision sont développés et mis à la disposition des techniciens médicaux et des médecins conseils.
- Le serveur de données sensibles (SDS) contient les documents générés via l'application Hippocrate (courriers adressés aux professionnels de santé, rapports médicaux), tous les documents médicaux « papiers » concernant le contrôle contentieux et le RPS, et les listings des dossiers à traiter à disposition des agents.
- L'accès au RFI (Référentiel national des individus) et au Référentiel Offre de Soins (RFOS ou FNPS) est réalisé pour consulter les données administratives d'un assuré ou d'un professionnel de santé.

3.1.2 Un système d'information du service médical daté et peu évolutif

[57] Le système d'information du service médical est à l'image du SI assurance maladie encore très marqué par des applications développées selon des normes et technologies datées (client lourd, ...) en totale étanchéité avec les applications utilisées dans les services administratifs. Hippocrate Production, application centrale du service médical, développée il y a plus de 15 ans, est ainsi structurée autour de bases régionales bénéficiant d'une sécurisation spécifique (isolement sur un serveur à part).

[58] Ces dernières années, des efforts conséquents ont été réalisés pour faciliter la communication entre le monde administratif et le monde médical à travers l'automatisation des liaisons interservices, leur dématérialisation et traçabilité (projet LM2A).

- via LM2A, les avis rendus par le service médical sont directement injectés dans la BDO, Orphée, Eurydice et Scapin. De même LM2A injecte dans Hippocrate les questions des services administratifs relatives aux dossiers à contrôler (notification des cas réglementaires nécessitant un avis), les listings de contrôle IJ (KOP, 100 jours) et ALD (CAP).
- des accès directs aux référentiels ou applications nécessaires au traitement des dossiers ont été développées depuis Hippocrate afin d'éviter l'ouverture dispersée de ces nombreuses applications, et dans certains cas d'interfaçage plus abouti, la recopie des éléments de contexte du traitement (NIR, Nom, prénom).
- des contrôles automatiques de données adossées aux référentiels RFI, le FNPS/RFOS ont également été mises en œuvre.

[59] En dépit des avancées récentes, certains processus métier sont peu outillés et donnent lieu au développement d'applications locales peu référencées et mal articulées avec le système national : modules de ciblage (Conso IJ, Conso ALD, ...), aides à la relation client (Gestion des planning de convocation des bénéficiaires, Bases de connaissance pour les PFS professionnels de santé, Systèmes documentaires propre au service médical (gestion de la documentation métier, ...), outils d'aide à la décision pour rendre les avis (aide pour mise en invalidité, calculs de devis en RCT par exemple)

[60] Afin de satisfaire aux exigences CNIL de nombreuses applications nationales sont encore cloisonnées géographiquement (BDO, Hippocrate...) et ce alors même que la CNAMTS cherche à développer un modèle de travail en réseau à l'échelle nationale ou interrégionale.

- [61] Les applications restent silotées imposant la mise en place de flux d'échanges entre elles pour tenter de reconstituer une chaîne de traitement fluide. Cependant, tous les échanges utiles ne sont pas encore en place et beaucoup d'entre eux sont réalisés par batch avec un délai de rafraichissement de la donnée à J+1 ou plus.
- [62] Enfin, l'ancienneté de certaines applications impose de lourdes mises à niveau technique et technologique (Hippocrate, PROGRES PE...).

3.1.3 Des répercussions sur l'efficience et la productivité des ELSM

- [63] La productivité est limitée par l'outillage éclaté et peu interfacé avec le reste des SI de production, soulevant des difficultés liées à :
- la gestion des données entrantes, avec des entrées multi-types et de formats hétérogènes : listings Excel de ciblage (KOP, 45j...), ciblage BO AAT, échanges LM2A, rapports non complètement dématérialisés des médecins mandatés pour un contrôle diligenté par un employeur, échéances planifiées dans Hippocrate.
- des opérations de recherche d'informations requérant l'ouverture d'applicatifs et de référentiels multiples, jusqu'à 8 simultanément (LM2A, Intranet local, Orphée, Webmatique, Médialog, Diadème, Conso IJ, Référentiel IJ, VIDAL, CCAM...) qui présentent des interfaces hétérogènes et génèrent des temps de traitement importants.
- de nombreuses ressaisies d'informations, notamment du « contexte métier » (ex : le NIR), y compris au sein de la même application Hippocrate dans les écrans « traitement » et « Observation médicale ».
- [64] Par ailleurs, le suivi de l'activité et le pilotage stratégique sont rendus difficiles en l'absence de vue consolidée des activités en cours et des dossiers à traiter, ce qui limite la capacité de réaction et de priorisation de la charge de travail qui est actuellement affectée manuellement par un superviseur
- [65] Enfin, la communication avec les assurés et les prescripteurs s'effectue encore majoritairement par courrier ce qui génère des coûts d'affranchissement et des délais de traitement importants.

3.2 Des projets d'amélioration mais pas de perspective concrète

[66] A l'occasion d'ateliers de travail partagés entre la CNAMTS et la MOAD DRSM Île de France plusieurs thèmes de travail prioritaires ont été isolés et regroupés en trois grands axes de réflexion concernant une rénovation du système d'information du service médical⁸, que la mission a repris :

3.2.1 Le traitement

[67] CONTEXTUALISER LES TRAITEMENTS : faciliter la réalisation des tâches métier en simplifiant l'accès à l'information et en limitant les ressaisies. Il s'agira notamment d'identifier pour chaque tâche (après identification des tâches utiles) l'information nécessaire à sa réalisation et de la regrouper au sein d'une interface unique sans avoir à ouvrir de multiples outils.

⁸ Note de précadrage du 20 avril 2017 par la MOA de la DDO (plus précisément la DPAM)

[68] HISTORISER: améliorer le stockage et l'archivage des documents (dématérialisation, GED) et la traçabilité des traitements, maintenir une sécurisation des accès aux données. Il est attendu, en particulier, de compléter la dématérialisation des flux entrants papier, d'améliorer les fonctions d'archivage actuellement prises en charge par le SDS et de faciliter leur mise à disposition dans un contexte de traitement métier (alimentation des instanciers de tâches, recherches documentaires...)

3.2.2 Le pilotage et La Maîtrise Des Risques

- [69] PILOTER l'ACTIVITE ET LES RESULTATS: faciliter le pilotage des tâches, leur hiérarchisation, répartir la charge et mesurer l'efficience des traitements. Des attentes importantes concernent la gestion réactive des tâches en instance et de la charge en fonction des ressources disponibles. Il conviendra également de tracer les opérations réalisées par les différents organismes (mutualisation), entités organisationnelles et faciliter la réalisation de bilans d'activité.
- [70] CIBLER ET PILOTER LA GDR : optimiser la gestion du risque. Il est question ici d'optimiser les ciblages de contrôle (algorithmes, requêtes) pour une efficacité maximale de maîtrise des risques et de mesurer les résultats en lien avec les objectifs de gestion.

3.2.3 La communication

- [71] COLLABORER AU SEIN DES PROCESSUS : poursuivre la simplification des échanges entre services administratifs et médicaux, développer les partenariats entre organismes de la sphère sociale, s'ouvrir à la collaboration externe
- [72] COMMUNIQUER AVEC NOS PUBLICS : optimiser la relation client en répondant au plus près aux attentes spécifiques de chaque public, de chaque territoire ; optimiser les canaux de contact.

ANNEXE 6 - BILANS MSAP HOSPITALIERES 2014 ET 2016

Précisions sur les données

Les données communiquées par la CNAMTS comportent certaines anomalies, les totaux ne correspondant pas toujours à la somme des éléments indiqués dans les colonnes.

Par exemple les demandes de MSAP de chirurgie ambulatoire se sont élevés en 2014 à 3 096 au total, alors que la somme des accords et des refus vaut 3 078.

1 BILAN MSAP 2014

1.1 MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	148	1782	1760	28
Public	146	1314	1274	16
Total	294	3096	3034	44

Geste	MSAP	Demandes	Accords	Refus
Accès vasculaire	2	2	2	0
Angioplasties membre supérieur	4	21	21	0
Arthroscopies du genou hors	8	7	7	0
Avulsion dentaire	4	26	26	0
Chirurgie anale	6	16	16	1
Chirurgie canal carpien et autres	3	8	8	0
Chirurgie col, vulve, vagin	1	3	3	0
Chirurgie de l'avant pied	3	1	1	0
Chirurgie de la main	2	0	0	
Chirurgie de la main Chirurgie de la	1	8	8	
Chirurgie des bourses	4	0	0	
Chirurgie des bourses de l'enfant	2	3	3	
Chirurgie des hernies abdominales	16	59	59	0
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0	0	10
Chirurgie des hernies inguinales	62	447	447	2
Chirurgie des varices	16	126	126	2
Chirurgie du cristallin	39	1134	1134	9
Chirurgie du nez	5	29	29	
Chirurgie du sein / tumorectomie	2	0	0	
Chirurgie l'épaule	5	18	18	2
Chirurgie utérus	10	58	58	2
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	2	25	25	0

Cholécystectomie	46	823	823	12
Fistules artérioveineuses	1	0	0	0
Interruption tubaire	1			
LEC	5	13	13	0
Varices	1	8	8	0
Chirurgie du nez	30	194	194	0
Geste sur l'uretère	6	5	5	4
Total		3096	3034	44

Bilan ES soumis à MSAP 2014 - 55 gestes

catégorie d'établissement	MSAP	Demandes	Nombre de séjours concernés par une MSAP
CHR/CHU	50	544	14257
Autres publics (dont HIA)	96	810	18617
CLCC	0	0	0
Privé BL	141	1908	47069
Privé NBL	7	83	1634
Total	294	3345	81577

Bilan ES soumis à MSAP 2014 hors OPH - 48 gestes

catégorie d'établissement	MSAP	Demandes	Nombre de séjours concernés par une MSAP
CHR/CHU	44	367	8910
Autres publics (dont HIA)	86	465	11788
CLCC	0	0	0
Privé BL	118	1176	18891
Privé NBL	7	83	1634
Total	255	2091	41223

^{*} exclusion des gestes marqueurs 9, 26, 27, 32, 34, 54, 55

Geste	MSAP 2014	Demandes	Total séjours	% MSAP/séjour
Chirurgie du cristallin	39	1254	40354	3,11%
Cholécystectomie	48	871	6919	12,59%
Chirurgie des hernies inguinales	63	479	9044	5,30%
Chirurgie du nez	36	229	4328	5,29%

Chirurgie des varices	19	157	4116	3,81%
Chirurgie de l'utérus	10	60	6053	0,99%
Avulsion dentaire	4	59	2541	2,32%
Chirurgie des hernies abdominales	16	56	1486	3,77%
Angioplasties du membre supérieur	4	46	530	8,68%
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	3	45	119	37,82%
Chirurgie de l'épaule	5	18	527	3,42%
Chirurgie anale	6	17	180	9,44%
LEC	5	14	501	2,79%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	8	10	1416	0,71%
Chirurgie du canal carpien et autres libérations	3	8	574	1,39%
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	1	8	119	6,72%
Geste sur l'uretère	6	6	1042	0,58%
Chirurgie des bourses de l'enfant	2	3	40	7,50%
Chirurgie des bourses	4	2	488	0,41%
Accès vasculaire	2	2	532	0,38%
Chirurgie de l'avant pied	3	1	205	0,49%
Chirurgie de la main	2	0	184	0,00%
Chirurgie du sein/tumorectomie	2	0	38	0,00%
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0	33	0,00%
Fistules artérioveineuses	1	0	93	0,00%
Interruption tubaire	1	0	115	0,00%

1.2 MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

Hors chirurgie ambulatoire, les MSAP ont concerné en 2014 les domaines suivants :

- 1- Actes de chirurgie de l'obésité
- 2- Actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice
- 3- Hospitalisation de jour pour bilan diabétique
- 4- Hospitalisation de jour pour acte ouvrant droit à SE

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	27	546	497	38
Public	23	694	635	18
Total	50	1240	1132	56

Dont

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Chir obésité	35	737	629	56
Chir réparatrice	1	2	2	0
Bilan diabète	4	176	176	0
HDJ acte SE	12	325	325	0

1.3 MSAP SSR

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	58	1315	1287	24
Public	42	789	778	11
Total	100	2104	2065	35

Bilan par geste

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Prothèse hanche	64	580	524	16
Prothèse genou	65	1278	1265	13
Chirurgie de la coiffe	16	29	27	2
Chirurgie fracture trochanter	25	86	86	0
Ligamentoplastie	24	56	48	8
Pt hanche suite fracture	29	75	75	0

2 BILAN MSAP 2016

2.1 MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE

Statut	Etablissements	Etablissements Demandes		Refus
Privé	158	1405	1400	47
Public	188	866	903	12
Total	346	2362	2303	59

Bilan par geste

Geste	MSAP	Demandes	Accords	Refus
Accès vasculaire	8			
Angioplasties membre supérieur	1			
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	22	43	30	13
Avulsion dentaire	6	38	37	1
Chirurgie anale	5	1	1	
Chirurgie canal carpien et autres libérations	6	4	4	0
Chirurgie de la main	1	4	4	0
Chirurgie de la main Dupuytren	2	9	9	0
Chirurgie de la main ligaments et tendons	1	0	0	0
Chirurgie de l'avant pied	2	0	0	0
Chirurgie de l'épaule	8	17	16	1
Chirurgie de l'utérus	11	39	37	2
Chirurgie des bourses	1	0		
Chirurgie des hernies abdominales	20	102	112	0
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0		
Chirurgie des hernies inguinales	33	206	204	1
Chirurgie des hernies inguinales	20	105	102	2
Chirurgie des maxillaires	1			
Chirurgie des sinus	6	4	4	0
Chirurgie des varices	14	36	36	3
Chirurgie du canal carpien et autres libérations	3	7	7	
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	3	3	3	0
Chirurgie du cristallin	41	958	937	21
Chirurgie du glaucome	2	6	5	0
Chirurgie du glaucome	1			-
Chirurgie du nez	15	57	56	1
Chirurgie du poignet	1	0	0	0
Chirurgie du trou maculaire	2	20	19	1
Chirurgie l'épaule	7	2	10	0
Chirurgie utérus	5	1	2	0
Cholécystectomie	65	529	588	6
Exérèse de lésion sous-cutanée	1	0	0	
Exérèse de lésions cutanées	1	0	0	
Fistules artérioveineuses	4			
Geste sur l'uretère	3	2	6	0
Interruption tubaire	5	4	4	0
LEC	1	-		
Total général	346	2271	2303	28

2.2 MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

Hors chirurgie ambulatoire, les MSAP ont concerné en 2016 les domaines suivants :

- 1- Actes de chirurgie de l'obésité
- 2- Actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice
- 3- Hospitalisation de jour pour bilan diabétique
- 4- Hospitalisation de jour pour acte ouvrant droit à SE
- 5- Chirurgie du canal carpien

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	34	761	572	190
Public	11	89	80	9
Total	50	850	652	199

Dont

Gestes	Etablissements	ssements Demandes		Refus
Chir obésité	35	676	480	197
Chir réparatrice	2	52	52	0
Bilan diabète	0	0	0	0
HDJ acte SE	4	64	64	0
SCC			56	2
Total	45	850	652	199

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	81	1145	1098	51
Public	85	1032	1004	21
Total	166	2177	2102	72

Bilan par geste

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Prothèse hanche	68	993	1013	30
Prothèse genou	38	412	388	15
Chirurgie de la coiffe	18	245	233	12
Chirurgie fracture trochanter	15	135	247	2
Ligamentoplastie	19	130	116	12
Pt hanche suite fracture	11	134	133	1
Total	166	2149	2130	72

ANNEXE 7 – LE PROGRAMME PRADO

- [1] Le Programme d'Aide au retour à Domicile (Prado) est un service d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés en établissements. Le service permet aux patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile.
- [2] Initié en 2010 par la CNAMTS, le volet Maternité revendique 1,2 millions d'adhérentes⁹ depuis sa création. Ce succès auprès des assurés a largement motivé la diversification thématique du programme PRADO qui compte actuellement deux volets supplémentaires : chirurgie et pathologies chroniques.
- [3] Porteur de fortes ambitions, le programme fait l'objet de nombreuses critiques portant sur son faible rendement et sur des difficultés d'intégration au sein des établissements. Ces critiques trouvent un fort écho d'autant que, 7 ans après son lancement, PRADO n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation externe exhaustive, contrairement à un autre programme emblématique de la CNAMTS, SOPHIA.
- [4] C'est dans ce contexte, et en préparation des négociations de la COG, que la mission a choisi de conduire un travail d'évaluation, aussi précis que les données communiquées l'ont permis, et axé sur les résultats et les rendements du programme.

1 IMPULSE PAR LA REUSSITE DU VOLET MATERNITE, LA DIVERSIFICATION DU PRADO EST PEU MAITRISEE

1.1 Un programme de plus en plus diversifié

- [5] A l'origine centré sur les sorties standards de maternité, PRADO a été enrichi en 2013 de deux nouveaux volets dont les objectifs globaux énoncés par la CNAMTS sont les suivants :
- [6] PRADO a été étendu en 2012 aux sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique. Depuis 2013, deux programmes concernant des épisodes aigus de pathologies chroniques ont été expérimentés et sont en cours de déploiement (décompensation cardiaque et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive BPCO). Le PRADO Pathologies Chroniques devrait être généralisé à l'ensemble du territoire en 2017.
- [7] Différents projets d'extension sont actuellement en cours :
- PRADO maternité a été étendu aux patientes en « sortie précoce »¹⁰ depuis le 1^{er} janvier 2016. Initialement proposé par 33 établissements (21 CPAM) en mars 2015 suite à la conclusion d'un protocole CNAMTS/ONSSF/UNSSF, le service est désormais offert par la quasi-intégralité du réseau auprès de 350 établissements et 12 469 « Prado sorties précoces » avaient été comptabilisés (au 20 novembre 2016).

⁹ Février 2017, données de l'Outil Multi-Volets issues de la saisie des CAM

¹⁰ au cours des 72 premières heures si voie basse, au cours des 96 premières heures si césarienne

- PRADO Chirurgie est étendu au champ de la chirurgie digestive, avec l'ambition d'être généralisé à tout type de chirurgie selon les besoins identifiés par les professionnels de santé. Une action fragilité osseuse est en cours de développement (repérage des patients à risque et mise en œuvre des mesures thérapeutiques si besoin).
- Un PRADO Accident Vasculaire Cérébral (AVC) devrait être expérimenté en Juillet 2017 sur deux parcours post MCO suivant la gravité de l'AVC.
- [8] Certaines de ses expérimentations ont été arrêtées ou repositionnées :
- L'expérimentation télé-suivi du poids pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque a été suspendue le 31 décembre 2016, un an après son lancement, en raison du faible nombre d'inclusions;
- L'expérience menée en commun avec les PAERPA pour la sortie des personnes âgées s'est avérée inadaptée aux patients en situation de dépendance. Elle va donner lieu à un programme PRADO personnes âgées (+75 ans) spécifique, recentré sur les services de médecine et les patients sont pas encore en perte d'autonomie, et expérimenté sur dix territoires. Le contenu du programme n'a pas été précisé.
- L'expérimentation Plaies chroniques sera repositionnée dans le volet personnes âgées par adaptation du process Paerpa (voir supra).

Chirurgie Pathologies chroniques Sorties standards Insuffisance Orthopédie Plaies chroniques RPCO Expérimentation Expérimentation cardiaque Expérimentation depuis 2010 depuis 2012 Expérimentation depuis 2015 Couplé avec depuis 2013 Généralisation Généralisation Extension en 2016 Prado PA depuis 2012 depuis 2013 Extension en 2016 Tout type de Télé-suivi du Sorties précoces Expérimentation poids chirurgie en 2017 Expérimentation Généralisation à Expérimentation depuis 2015 partir de mi 2016 en 2015-2016 Prado populationnel dans le cadre du **Transports PAERPA** Expérimentation Prado IC + Expérimentation en 2016 Expérimentation depuis 2015 Fragilité osseuse depuis 2015 Extension Expérimentation personnes âgées en 2016 2017

Schéma 1 : Présentation des volets du programme PRADO – 2016

1.2 Un manque d'appui sur des évaluations externes

- [9] Les volets PRADO sont conçus et suivis à la CNAMTS par la direction des assurés, placée sous l'autorité de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS).
- [10] La CNAMTS revendique un processus de conception et de suivi des programmes rigoureux, prévoyant en amont une analyse de la littérature scientifique ainsi qu'un ciblage s'appuyant 1) sur des effets volumétriques et 2) sur la capacité à mettre en œuvre un accompagnement standardisé. Une évaluation externe des différents programmes doit être présentée annuellement au comité de suivi PRADO. En pratique, les programmes sont très peu évalués.
- [11] Les déploiements suivent systématiquement une phase d'expérimentation, mais celle-ci n'est pas précédée d'une évaluation externe. Certains se traduisent par des échecs face à des réticences ou des obstacles structurels pas toujours anticipés : les faibles volumétries du télé-suivi du poids (115 inclusions en un an) ou des plaies chroniques.
- [12] En se proposant d'accompagner le « virage ambulatoire », PRADO se fixe d'accélérer la sortie d'hôpital, de renforcer la coordination des libéraux, ou d'éduquer les patients. Le programme intéresse un large nombre d'acteurs et multiplie les objectifs, ce qui en complexifie l'évaluation qui va dépendre du point de vue selon lequel on se place.
- [13] Les chiffrages disponibles sont peu documentés. Cette carence alimente un climat de défiance face aux évaluations internes de la CNAMTS, qui nourrit les réticences tant des hospitaliers que des professionnels libéraux. En première ligne de la promotion de PRADO, le réseau appelle de ses vœux des éléments d'évaluation des programmes afin d'être en capacité de convaincre les partenaires du programme.

1.3 Une meilleure exploitation des données issues de la base PRADO à mettre en œuvre pour mieux mesurer l'efficacité médico-économique du dispositif

- [14] La CNAMTS a conçu la base de données des patients PRADO sur une base compartimentée, c'est-à-dire détachée des autres bases de la CNAMTS, pour répondre aux exigences de la CNIL.
- [15] Le pilotage du PRADO est pénalisé par la faible fréquence des mises à jour (données remontées annuellement) et le manque d'exploitation des données qui n'alimentent pas d'indicateur de gestion en routine.
- [16] La CNAMTS a engagé des travaux dont les résultats, attendus en 2017, doivent permettre l'automatisation du processus de remontée des données anonymisées de la base PRADO vers le SNIIRAM, et la mise en œuvre de calculs en routine sur l'évaluation médico-économique du dispositif.

2 DES ADHESIONS TIREES PAR PRADO MATERNITE MAIS UN FAIBLE IMPACT SUR LES DEPENSES DE SOINS

[17] En l'absence d'évaluation externe la mission s'est appuyée sur les informations communiquées par la CNAMTS ou lors de ses déplacements dans le réseau.

2.1 Les actions COG ont été effectuées mais reflètent mal les résultats inégaux obtenus sur les différents volets

2.1.1 Le réseau a atteint ses objectifs d'adhésion mais les objectifs COG sont peu pertinents et non satisfaits

[18] Le développement des services en santé (PRADO, SOPHIA Santé Active) était un des objectifs de la COG 2014-2017. Les modalités propres au déploiement de PRADO sont précisées dans la Fiche n°7 « Conforter l'offre de services intégrée de l'assurance maladie », qui prévoit deux objectifs :

- Développer des services en santé intégrant l'accompagnement des démarches administratives et l'amélioration du parcours de soins ;
- Fluidifier le parcours de soins et accompagner les patients lors d'épisode de soins aigus et en sortie d'hospitalisation.
- [19] Les 6 actions concernant spécifiquement PRADO, et on dans l'ensemble été réalisées :

Tableau 1 : Extrait de la fiche n°7 de la COG et réalisations en date (avril 2017)

N°	Actions	Commentaires CNAMTS
7.1	Articuler le parcours maternité, l'offre de service PRADO et proposer une déclaration en ligne du nouveau-né via le compte assuré	Réalisé
7.2	Intégrer dans les services en santé des propositions d'accompagnement personnalisés (ex. : accompagnement au sevrage tabagique dans PRADO maternité incluant les forfaits substituts nicotiniques)	Non réalisé, pas de personnalisation des accompagnements
7.11	Etendre le PRADO maternité aux sorties précoces ainsi qu'aux césariennes non compliquées.	Réalisé. Le programme sorties précoces est expérimentée depuis juillet 2016, le programme césarienne est généralisé depuis 2015
7.12	Expérimenter une offre de service d'accompagnement des patients en épisode aigu et en sortie d'hospitalisation	Fusionné avec le 7.13
7.13	Déployer des nouveaux services PRADO BPCO et plaies chroniques	Réalisé, avec un repositionnement du volet l'offre « Plaies chroniques » sur l'offre personnes âgées
7.14	Expérimenter un PRADO populationnel auprès des personnes âgées	Réalisé dans le cadre de l'expérimentation avec les PAERPA.

- [20] Dans le cadre des actions 7.17 et 7.18 prévues pour le programme SOPHIA, une expérimentation « Insuffisance cardiaque » combinant PRADO et SOPHIA est en cours dans 7 territoires (PRADO IC+). Le dispositif prévoit un passage d'information de PRADO à SOPHIA lors du suivi du patient. Il n'existe pas de bilan à l'heure actuelle.
- [21] Cinq indicateurs appuyaient le suivi de la réalisation des objectifs fixés dans la COG :

Tableau 2: Suivi des indicateurs COG

	2014		2015		201	6	2017	
	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif
Nombre d'adhésions PRADO tous volets (*)	234 120	220 000	338 960	333 600	430 920	539 000		650 000
PRADO IC : nombre de réhospitalisations évitées		-100		-800		-2 800		-11 000
PRADO BPCO : nombre de réhospitalisations évitées			-28	-145	idem 2015	-940		-3 400
Tx recours SSR après intervention en chirurgie orthopédique		49%	42,10%	42%	non dispo	39%		36%
DMS maternité accouchement par voie basse (en jours)		4,2	3,97	4	idem 2015	3,8		3,5

(*) objectifs revus en 2015 à 310 000 et en 2016 à 395 000

- [22] A l'exception du premier indicateur d'adhésions le constat sur l'impact du programme est décevant.
- [23] Les objectifs d'impact nationaux n'ont pas été repris dans les CPG qui se sont concentrés sur la déclinaison du nombre d'adhésions en 4 sous-objectifs de recrutement de patients et d'établissement. Durant l'année 2016 (la mission a limité son étude à cette seule année), le réseau a légèrement dépassé les objectifs fixés par la CNAMTS mais des disparités géographiques persistaient comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Atteinte des objectifs CPG ventilée par DRSM

	Nombre d'	adhésions	Nbre établissen	nents proposant
	Prado maternité	Prado Chirurgie	Prado Chirurgie	Prado Pathologies Chroniques
PROVENCE CÔTE D'AZUR-CORSE	109%	154%	102%	0%
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	117%	61%	104%	0%
MIDI PYRENEES	93%	83%	113%	0%
AQUITAINE	116%	92%	100%	120%
LANGUEDOC ROUSSILLON	107%	161%	110%	133%
BRETAGNE	124%	169%	107%	183%
PAYS DE LA LOIRE	120%	105%	100%	114%
CENTRE	113%	94%	110%	100%
NORD EST	103%	126%	104%	136%
NORD PAS DE CALAIS - PICARDIE	113%	146%	98%	107%
AUVERGNE	109%	178%	113%	183%
ALSACE MOSELLE	117%	98%	114%	150%
RHÔNE ALPES	109%	105%	108%	122%
ILE DE France	111%	70%	98%	166%
NORMANDIE	121%	89%	100%	157%
LIMOUSIN-POITOU CHARENTES	112%	106%	96%	136%
GUADELOUPE	93%	60%	100%	0%
MARTINIQUE	106%	141%	100%	0%
GUYANE	97%	287%	100%	100%
REUNION	125%	119%	100%	0%
NATIONAL	112% (392 527 adh.)	114% (34 170 adh.)	103% (547 étab.)	110% (204 étab.)

- [24] Concernant le nombre d'adhésions, les taux d'atteinte du volet Maternité sont globalement stables, seules 3 CPAM montrant des difficultés. Avec près de 400 000 adhésions annuelles, PRADO couvre désormais plus de la moitié des naissances en France, signe d'une très large appropriation tant par les établissements que par les assurés.
- [25] Les disparités territoriales sont bien plus importantes sur le volet Chirurgie pour lequel 11 CPAM étaient sous le seuil des 50 % d'atteinte, tandis que 11 autres dépassaient les 200 %, la CPAM du Puy-en-Velay atteignant même 846 %.
- [26] Avec 34 170 adhésions en 2016 le volet Chirurgie a su trouver un public d'assurés malgré une population éligible plus réduite et des modalités d'entrées plus complexes que le volet Maternité. Toutefois, l'importance des écarts territoriaux quatre ans après son lancement reste préoccupante et souligne la persistance de nombreuses réticences locales qui n'ont pas su être surmontées.
- [27] Sans certitude sur le nombre d'établissements éligibles, le chiffre des hôpitaux proposant PRADO n'est pas représentatif de l'activité, ce d'autant que certains établissements ont une activité réduite malgré la conclusion de la convention. On retiendra que 3 régions métropolitaines n'ont

signé aucune convention sur le volet Pathologies chroniques : PACA Corse, Bourgogne-Franche Comté et Midi-Pyrénées

2.2 L'impact du PRADO sur les dépenses de soins est loin des ambitions initiales

2.2.1 PRADO a été promu comme un contributeur majeur à l'ONDAM

[28] Lancé en 2010, PRADO est un levier de gestion du risque porteur de fortes ambitions en matière de maîtrise des dépenses de santé. Le modèle économique d'accompagnement du « virage ambulatoire » devait réduire la durée des séjours hospitaliers tout en minorant le report induit sur les dépenses de ville. En 2014 PRADO était ainsi promu par la CNAMTS comme un contributeur majeur de l'ONDAM portant des économies estimées à 576 M€ dans le plan 2015-2017. Le tableau ci-dessous illustre la ventilation de ces objectifs pour l'année 2015 :

Tableau 4 : Impact attendu de PRADO sur l'ONDAM 2015 (établi en Mai 2014)

		Impact ONDA			
	Adhésions	Hôpital	Ville		
Maternité	290 000	-76 M€	+6 M€		
Orthopédie	25 000	-31,6 M€	-		
Insuffisance Cardiaque	10 000	-12,4	+2,6 M€		
ВРСО	6 000	-5,6 M€	+2,5 M€		
Plaies chroniques	15 000	-4,2 M€	-8,6 M€		
		-129,8 M€	+2,5 M€		

Source: CNAMTS

[29] La CNAMTS continue à afficher d'ambitieux objectifs d'économies de ses volets PRADO

- PRADO SSR : 4 300 € de gains attendus par patient opéré de la prothèse de la hanche (Source évaluation PRADO 2015 PMSI DCIR) ;
- PRADO Insuffisance Cardiaque : 950 € attendu par patient suivi dans le cadre d'un parcours post décompensation cardiaque (1200 € d'hospitalisation évités – 250€ de soins de ville supplémentaires);
- PRADO Plaies Chroniques : 100 M€ d'économies attendues sur les prises en charge de ville et réduction des durées de cicatrisation.

[30] Comme l'illustre le « focus » ci-dessous, ces chiffrages reposent sur des évaluations internes qui, sans les hypothèses sous-jacentes, sont extrêmement difficiles à confirmer pour des acteurs extérieurs à la CNAMTS, et contrastent avec les résultats finalement obtenus.

Exemple d'estimation des gains attendus sur le PRADO Plaies Chroniques¹¹

L'analyse du processus de prise en charge [des plaies chroniques] réalisée par la CNAMTS, montre qu'il existe en France des marges d'amélioration importantes.

La CNAMTS a identifié dans son système d'information 667 194 patients souffrant d'une plaie chronique en 2012 dont 23 % avec une escarre, 66 % un ulcère veineux, mixte ou artériel et 11 % une plaie du pied diabétique. Parmi ces patients, 42 % (278 812) étaient passés par un établissement MCO en 2012. Les durées de cicatrisation observées étaient longues (durées moyennes de cicatrisation de 271 jours pour les escarres, 147 jours pour les ulcères veineux, mixtes ou artériels et 200 jours pour les plaies du pied diabétiques).

Le coût des plaies chroniques en ville a été évalué en 2013 à près d'un milliard d'euros par an uniquement pour les escarres et ulcères veineux ou mixtes.

Les comparaisons internationales montrent que les pays qui ont mis en place des prises en charge spécifiques des plaies chroniques basées sur des référentiels médicaux ont réussi à améliorer sensiblement leurs résultats sur la réduction des durées de cicatrisation et des taux de récidives des ulcères et des escarres par rapport à une prise en charge conventionnelle.

A partir de ces constats, la CNAMTS a développé une offre de suivi à domicile des patients présentant des plaies chroniques (escarre, ulcères veineux ou mixte à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique), après une hospitalisation (soit environ 280 000 patients par an). Les objectifs de ce service, élaboré en étroite collaboration notamment avec la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC), des diabétologues, sont de réduire la durée de cicatrisation et le taux de récidives des plaies chroniques pour améliorer la qualité de vie des patients. Ce service permettra également de diminuer les coûts de prise en charge pour les soins de ville (hors transport et indemnités journalières) de l'ordre de 100 M € par an

2.2.2 Les seuls indicateurs disponibles témoignent d'un impact marginal du PRADO sur la réduction des dépenses hospitalières

[31] Faute d'évaluation exhaustive du programme la mission a collecté des données éparses pour tenter d'apprécier l'impact qualitatif et quantitatif des volets PRADO. Ces données très partielles sont loin de suffire à une évaluation exhaustive du programme qui doit être envisagée dans une approche de parcours, c'est-à-dire incluant les conséquences de la sortie d'hôpital. On sait par exemple que PRADO induit une augmentation de la consommation de soins de ville (66 jours d'infirmiers contre 52 jours en moyenne sur le volet Insuffisance cardiaque), sans que cette hausse ne soit évaluée financièrement.

[32] Sur le plan qualitatif PRADO a contribué à réduire les délais entre la sortie de l'hôpital et l'intervention des professionnels de santé libéraux, comme le montre le tableau ci-dessous. Les délais moyens du premier recours ont sensiblement baissé pour les infirmières IDE et les masseurs-kinésithérapeutes. L'impact est en revanche faible pour modéré pour les consultations de médecins (généralistes ou spécialistes), témoignant de difficultés d'appropriation chez ces professionnels :

¹¹ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 » ; Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014.

Tableau 5 : PRADO SSR - Délai moyen du 1er recours (hors ssiad) - 2015

		Masseur Kinésithérapeute		Infirmière IDE		Médecin généraliste		
	Prado	rado Eligible Prado Eligible			Prado	Eligible		
Hanche	3,3j	5,3j		1,9j	3,8j		32,9j	33,4j
Prothèse du genou	1,4j	2,6j		2,5j	4,3j		30,9j	29,6j

Source: CNAMTS - données redressées DCIR

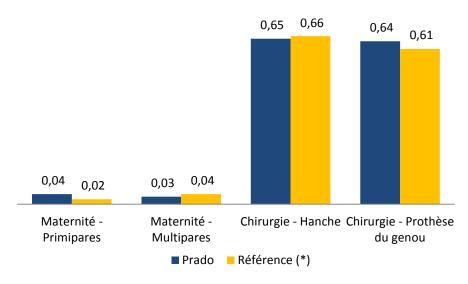
Tableau 6 : Délai de la première consultation (75% des patients)

I	IDE		MG			Cardiologue		
Prado	Eligible		Prado	Eligible		Prado	Eligible	
5j	13j		7j	23j		45j	45j	

Source : Mission, à partir d'une lecture visuelle d'un graphique CNAMTS – données redressées DCIR pour les patients non décédés à 3 mois et ayant au moins un soin à 3 mois

[33] Très attendu sur la réduction des durées moyennes de séjours (DMS), PRADO s'avère en réalité peu efficace. Les DMS des adhérents baissent dans des proportions globalement identiques aux populations de référence. Sur le volet Maternité les réductions sont très peu significatives, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 1: Réduction des DMS en jours (2014/2015)



(*) France entière pour la Chirurgie, éligibles Prado pour la maternité

Source: CNAMTS - Données redressées PMSI 2015

[34] La contribution de PRADO Chirurgie à la réduction des orientations en SSR est également modérée. Elle s'inscrit dans un contexte de réduction globale toute population confondue, PRADO semblant toutefois induire une réduction plus marquée des orientations SSR pour la chirurgie du genou comme l'illustre le graphique ci-dessous :

1,0% 1,1%

Chirurgie - Hanche Chirurgie - Prothèse du genou

Prado France entière

Graphique 2 : Réduction du% de SSR – Patients de PRADO Chirurgie (2014/2015)

Source: CNAMTS: Données redressées PMSI 2015

3 LES CAM SONT DESORMAIS PROFESSIONNALISES MAIS LA PRODUCTIVITE DU DISPOSITIF POURRAIT ETRE AMELIOREE

3.1 Rappel des principales modalités d'adhésion et de suivi

- [35] Les modalités de fonctionnement du PRADO ont fait l'objet de nombreuses publications. Elles seront brièvement reprécisées afin d'éclairer l'analyse économique du programme qui constitue le principal objet de cette Annexe.
- PRADO est initié par la conclusion d'une convention entre une CPAM et un établissement de santé. L'éligibilité des patients au programme est évaluée au cas par cas par l'hôpital qui prend en compte les référentiels médicaux validés par la HAS ainsi que les critères sociaux permettant le retour à domicile (accessibilité du logement, isolement des patients ...). Les patients désignés par les établissements de santé sont contactés par des personnels spécialisés de l'assurance maladie : les conseillers de l'assurance maladie (CAM).
- [37] L'adhésion est libre, gratuite et facultative. Le fait de renoncer à cet accompagnement n'entraîne aucune conséquence sur la prise en charge et les droits au remboursement. Il est possible de se désinscrire à tout moment.
- [38] L'entrée dans le dispositif pour le PRADO Maternité s'effectue désormais à partir des applications mises en ligne par l'Assurance-Maladie :
- préinscription à l'initiative de l'assurée via le compte Améli ou contact sortant via OSMOSE vers les femmes enceintes, identifiées via l'exploitation des bases SIAM ERASME;
- notification du CAM, sait qu'une patiente est préinscrite ;
- la patiente peut sélectionner la sage-femme, à l'aide d'un interfaçage avec l'annuaire santé.

- [39] Pour les autres dispositifs PRADO, il n'existe pas de préinscription ou d'inscription via Améli, puisque l'éligibilité du patient est instruite et décidée par l'établissement. L'adhésion s'effectue avec les patients lors de visites dans les établissements. Elle est renseignée par les CAM dans l'Outil Multi Volets « papier », qui doivent ensuite ressaisir les données du formulaire papier dans OMV.
- [40] Les professionnels de santé ambulatoire qui organiseront le suivi à domicile sont choisis par le patient. Le CAM agit en qualité de facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales.
- [41] Le CAM remet au patient un carnet de suivi (papier) qui servira de document de liaison. Le suivi des patients s'effectue par le biais d'entretiens téléphoniques selon des modalités propres à chaque volet. Pour la chirurgie orthopédique par exemple, le CAM organise la prise des rendezvous, effectue le bilan à J+1 du premier rendez-vous ave le professionnel de santé, et réalise à J+15 un bilan global.
- [42] Pour les établissements éloignés, l'assurance maladie peut fournir un dispositif numérique (tablette) qui permet de gérer le processus d'adhésion à distance (e-Prado voir infra).

3.2 L'assurance maladie a réussi à structurer un réseau professionnel de CAM

<u>Préambule : les données présentées dans ce chapitre ont été fournies par la CNAMTS et sont en date du 30 juin 2016</u>

3.2.1 Des conseillers majoritairement issus des CPAM

- [43] Le programme PRADO est portée par des équipes dédiées, dénommées UOP (unité opérationnels PRADO), qui présentent la particularité d'associer personnels médical et administratif et de les faire travailler dans les mêmes locaux sous la responsabilité d'un manager. Une équipe se compose typiquement d'un manager, d'un médecin référent, et des CAM.
- [44] Les CAM sont très majoritairement des femmes (92%), de moyenne d'âge 43 ans, issus de redéploiement interne d'effectifs, et proviennent des CPAM (72%).

Tableau 7: Organisme d'appartenance

	CPAM / CGSS	DRSM	TOTAL	
	572			
Nombre de CAM	561 CPAM	228	800	
	11 CGSS			
	100			
Nombre de manager CAM	97 CPAM	16	116	
	3 CGSS			

3.2.2 L'objectif de professionnalisation des CAM est en voie d'être atteint

On compte 800 CAM (591 ETP) et 116 managers CAM. Essentiellement employés à temps partiel au lancement du programme, la CNAMTS a mené une politique active pour passer les effectifs à temps plein et développer leur polyvalence¹² qui visent à installer le CAM à l'hôpital et à en faire un intervenant compétent sur l'ensemble des volets.

On constate en effet une augmentation des ETP qui ont doublé sur l'exercice de la COG alors que les effectifs demeuraient globalement stables.

Tableau 8: Evolution des effectifs et ETP CAM sur la COG

	2013	2014	2015	Juin 2016
Nombre de CAM	743	951	1044	800
Nombre d'ETP CAM	276	398	473	591

Tableau 9 : % du temps de travail des CAM dédié à PRADO

	0-49%	50-99%	100%	TOTAL
Répartition en nombre	138	182	463	783*
Répartition en %	17%	23%	58%	98%*

Source: CNAMTS sur base déclarative du réseau - * 17 réponses en attente, soit 2 %

Tableau 10 : Nombre de temps plein CAM sur les différents volets

	sur 1 volet	sur 2 volets	sur 3 volets	sur tous les volets	TOTAL
Répartition en nombre	39	162	184	71	456*
Répartition en %	8 %	35 %	40 %	15 %	98,40%

Source: CNAMTS sur base déclarative du réseau - * 7 réponses en attente, soit 1,6 %

[47] Les CAM sont majoritairement des agents de niveau 4 de la convention UNCANSS (72 %). Le coefficient rémunération moyen s'établit à 294, et 96 % des conseillers ont un coefficient de supérieur à 240, seuil fixé par la lettre réseau LR-DDO-136 / 2015 évoqué supra.

[48] Le métier de CAM est perçu comme valorisant car il ouvre des perspectives d'évolution au sein de l'assurance maladie, et satisfait un sentiment d'utilité au service des patients et de leur guérison.

¹² Lettre réseau LR-DDO-136 / 2015 relatives aux RH PRADO : l'exercice de l'activité de CAM se fera au minimum à 50% du temps de travail. L'objectif est que l'emploi de CAM soit exercé à temps plein dès que possible et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.

Tableau 11: Niveau de qualification des CAM

	Niv. 2	Niv. 3	Niv. 4	Niv. 5a	Niv. 5b	Non renseigné	TOTAL
Répartition en nombre	2	195	577	24	1	1	800
Répartition en %	0,30 %	24,40 %	72,10 %	3 %	0,10 %	0,10 %	100 %

Tableau 12: Niveau de qualification des managers CAM

	Niv. 4	Niv. 5a	Niv. 5b	Niv. 6	Niv. 7	Niv.8	Niv. 9	Non renseig	TOTAL
Répartition en nombre	1	22	30	26	24	10	2	1	116
Répartition %	0,90 %	19 %	25,90 %	22,40 %	20,70 %	8,60 %	1,70 %	0,90 %	100 %

Tableau 13: Rémunération des CAM au 30 juin 2016

		Coefficient moyen global*	% agents > 240
Nombre temps plein sur les différents volets	463	294	95,90 %

Source: CNAMTS - *Coefficient global = coefficient de base + points d'expérience + points de compétences

[49] Les CAM sont formés pendant deux jours en tronc commun et une journée par volet PRADO, soit environ 2 000 € par CAM (données février 2015 ci-dessous). Des formations internes (CPAM) et spécifiques (gestion du deuil) sont proposées en complément.

Tableau 14: Coût et financement de la formation

PROGRAMME	Coût (fév. 15)	Nbre séances annuel
PRADO - Tronc Commun	518,40 €	2 jours x 4
PRADO - Volet Maternité	341,10 €	1 jour x 4
PRADO - Volet Orthopédie	341,10 €	1 jour x 4
PRADO - Volet Insuffisance Cardiaque	341,10 €	1 jour x 6

3.3 La productivité est très variable selon les volets

3.3.1 PRADO coûterait près de 40 M€ par an

D'après la CNAMTS les outils de comptabilité analytique ne permettent pas d'isoler le coût du dispositif PRADO. La mission estime toutefois que le coût salarial de PRADO est a minima de 33M€ correspondant aux coûts des ETP déployés dans le réseau. Le calcul a été effectué à avec les hypothèses suivantes :

- CAM = 591 ETP avec un salaire annuel de 50 982 € (source enquête RH PRADO) soit 30,1 M€;
- Manager CAM = 116 effectifs à mi-temps, avec un salaire annuel moyen de 60 000 € soit 3,3 M€;

[51] Ce chiffrage n'inclut pas les coûts relatifs aux nombreux postes de gestion. qui pourraient être potentiellement importants compte-tenu de la lourdeur du dispositif : déplacement des CAM, formations, outils informatiques (OMV, ePrado), fourniture d'imprimés, locaux, coûts de gestion (reporting, réunion, ETP CNAMTS) ... En estimant ces coûts à 20 % de la masse salariale, le budget annuel PRADO est estimé à 40 M€.

3.3.2 La productivité des CAM s'est améliorée durant la COG mais souffre d'écarts très importants entre les différents volets

- [52] Une adhésion coûte environ 84 € en moyenne.
- [53] La politique de professionnalisation adoptée par la CNAMTS en 2016 (cf. supra) a permis une nette amélioration de la productivité à partir de 2016. Cependant celle-ci reste très variable suivant la complexité et le degré d'informatisation des processus d'adhésion et de suivi. Le tableau ci-dessous illustre ces écarts entre les processus les plus matures et ceux longs, complexes et manuels.

Tableau 15: Nombre d'adhésions mensuelles par ETP CAM

	2013	2014	2015	juin-16
Maternité	62	79	69	81
Chirurgie	8	13	10	21
IC	6	10	6,5	9

Tableau 16: Affectation des ETP CAM par volet

	2013	2014	2015	juin-16
Maternité	252	293	329	407
Chirurgie	18	84	120	142
IC	6	21	24	42
TOTAL	276	398	473	591

[54] L'étude du volet Maternité montre que les processus d'adhésion et de suivi sont assez peu consommateurs de temps CAM. En amont, les modalités d'adhésion sont déjà largement informatisées. En aval, le temps passé en suivi est estimé à 13 minutes par patient, soit un coût marginal (3,2 M€) par rapport au coût global du volet Maternité (20,7 M€)¹³. Ces résultats montrent donc qu'une partie importante du temps CAM est mobilisée sur d'autres processus, qui n'ont pas pu être précisément identifiés faute de données sur le sujet.

3.4 Un renforcement nécessaire de l'outillage du dispositif PRADO au service de la productivité des CAM

[55] Les CAM sont équipées d'un logiciel de gestion de la relation client « Outil Multi Volets (OMV) » qui permet de recueillir l'adhésion du patient et ses informations médico-administratives.

[56] Pour les établissements les plus éloignés, la CNAMTS a développé l'offre e-prado qui permet la dématérialisation du processus d'adhésion au volet Maternité grâce à l'utilisation d'une tablette numérique par les établissements.

[57] Cependant, la gestion des différents volets PRADO demeure peu informatisée et encore largement manuelle, ce qui limite la productivité des CAM :

- absence d'outils de travail en mobilité qui permettraient aux CAM de saisir directement dans OMV les données du patient lors de sa visite. L'absence d'interfaçage entre e-PRADO et OMV nécessite également une ressaisie des informations de l'un à l'autre (développement prévu au T1 2018);
- cloisonnement des référentiels de professionnels de santé et des établissements, qui sont « caisses dépendants ». Il existe ainsi des référentiels PRADO au niveau de chaque CPAM, ce qui soulève des problèmes de qualité des données;
- interfaçage interrégimes limité (remontée des données patients etc.);
- > suivi chronophage des patients qui ne s'effectue que par le biais de visites et/ou entretiens téléphoniques;

[58] Des projets informatiques sont planifiés par la CNAMTS pour favoriser la dématérialisation, le travail en mobilité et la relation numérique entre les parties prenantes au dispositif (patients, établissements, CAM, et PS).

3.4.1 La relation numérique avec les professionnels de santé est encore peu développée

[59] L'offre e-prado, généralisée depuis février 2016, a fait un démarrage timide.

- > 42 CPAM ont enclenché le processus (demande de renseignement, déploiement, etc..);
- > 102 tablettes ont été déployées dans 43 établissements ;
- > 1 211 adhésions ont été effectuées sur les 1 342 présentations effectuées.

¹³ Etude CNAMTS réalisée dans le cadre de l'expérimentation SMS. Durée moyenne temps CAM par patiente pour réaliser par téléphone le bilan et confirmation rdv SF = 13 min – source enquête RH PRADO. Soit pour 400 000 adhésions 63 ETP/ans et un coût CAM 3 236 952 €

- [60] E-Prado devrait être réorienté vers un outil nomade pour les CAM, au profit, pour l'hôpital, d'une intégration de l'éligibilité médicale PRADO dans le logiciel ViaTrajectoire (logiciel développé utilisé par certains établissements de soins pour orienter les patients en SSR ou en EHPAD) à l'occasion d'une refonte de l'outil qui sera déployée en mai 2018. L'intégration devrait accroître la visibilité du PRADO en milieu hospitalier (l'offre sera proposée automatiquement dans l'outil) et d'éviter l'utilisation de documents papier.
- Un nouveau télé-service PRADO est expérimenté sur Espace Pro depuis fin janvier 2017 auprès de cinq CPAM. Le service est accessible à tous les professionnels de santé de l'équipe de soins qui auront été saisis dans OMV par le CAM. Il doit permettre de mieux impliquer le médecin traitant dans la coordination des soins. Cette expérimentation récente n'a pas encore donnée lieu à une remontée de résultats.

3.4.2 La communication par SMS avec les patients pourrait être étendue moyennant une analyse des besoins et des conditions de faisabilité

- [62] La CNAMTS a lancé une expérimentation de communication par SMS auprès des patientes PRADO Maternité pour le suivi de la prise de rendez-vous avec les sages-femmes.
- [63] Cette innovation devrait permettre selon la CNAMTS d'économiser 9,6 M€ sur trois ans en réduisant le temps passé au téléphone par les CAM. Cette solution présenterait l'avantage d'une économie tangible sur un poste à faible valeur ajoutée pour les CAM. Le chiffrage paraît toutefois un peu optimiste puisqu'il prend l'hypothèse que plus aucun appel de suivi ne sera effectué auprès des patientes équipées d'un téléphone portable.
- [64] Le retour des patientes PRADO Maternité sur la communication par SMS s'est avéré positif. Le COSTRAT 2017 a validé la généralisation de l'expérimentation d'ici la fin de l'année.
- [65] L'arrêt de l'expérimentation de télésuivi du poids invite toutefois à une meilleure évaluation du potentiel des outils connectés dans le domaine du suivi des patients à domicile (suivi de constantes etc.) et l'exploitation automatisée des données réceptionnées.

3.4.3 Développer l'outil de gestion interne et la mobilité des CAM

- [66] La version 7 d'OMV sera mise en production en juillet 2017.
- [67] Elle prévoit la récupération automatique des données administratives concernant le patient, les professionnels de santé de ville et hospitaliers, ce qui devrait permettre d'améliorer la fiabilité des infos et optimiser le temps de saisie des CAM.
- [68] Les projets d'interfaçage devraient compléter cette version d'ici 2018 (accrochage au référentiel RFOS prévu au S2 2017 et avec ePrado au S1 2018).
- [69] Ce développement devra s'accompagner d'un outillage nomade pour les CAM, actuellement porté par la réorientation d'ePrado prévue au S1 2018. L'équipement devrait à minima permettre le recours à des ordinateurs portables et équipement de connexion nomade, permettant la lecture des cartes des CAM, voire à terme des tablettes.

ANNEXE 8 - LE PROGRAMME SOPHIA

1 LE SERVICE OFFERT AUX PATIENTS

L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques apparaît comme un axe essentiel de la politique de l'assurance maladie d'aide aux assurés à agir pour leur santé. A cet effet, le programme Sophia a été créé en 2009 par la CNAMTS comme emblématique de l'investissement de l'assurance maladie dans l'action préventive, en s'inspirant de la démarche de «disease management » déployée dans plusieurs pays anglo-saxons¹⁴. Comme PRADO, le programme se situe à mi-chemin entre une offre de service en santé aux assurés/patients et un programme de gestion du risque.

1.1 Le contenu du service

[2] Comme le présente le site améli.fr, Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé en direction des patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, Sophia propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés, adaptés à la situation et aux besoins de chacun. Le patient partage aussi le vécu d'autres patients et de professionnels de santé. L'inscription au service Sophia est gratuite et sans engagement. Chaque adhérent est libre de quitter le service à tout moment.

[3] L'accompagnement consiste :

en l'envoi de documents pédagogiques d'information spécialement conçus pour le programme - livrets repères (brochure d'information thématique portant sur un examen de suivi ou sur un aspect de la maladie -activité physique, alimentation) et Journal *Sophia et vous* (contenant des témoignages de patients et de professionnels de santé) qu'ils reçoivent par courrier , ainsi qu'en la mise à disposition d'un site internet dédié ameli-sophia.fr.¹⁵. Le patient reçoit ainsi par courrier ou par e-mail des informations et des conseils pratiques validés par des experts. Il apprend progressivement à mieux connaître sa maladie et à mieux la gérer. Un annuaire de l'offre locale est aussi mis à sa disposition donnant notamment des informations sur les offres disponibles près de chez lui (associations de patients, programmes d'éducation thérapeutique...);

¹⁴ Démarche qui a donné lieu à un rapport de l'IGAS, RM 2006-136P de septembre 2006 : P-L.Bras, G. Duhamel et E. Grass, *La prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management ».* Il est assez rapidement évoqué dans le rapport de l'IGAS 2013-163R de mai 2014, C. Bensussan, D. Chaumel, Dr F. Chieze et N. Destais, *Evaluation de la gestion du risque maladie,* réalisé au titre du bilan de précédente COG CNAMTS et de la préparation de l'actuelle.

 $^{^{15}}$ Il comptabilise de l'ordre de 100 0000 visites par an. Son contenu est intégré dans le nouveau site ameli.fr au cours de 2017.

- en des entretiens téléphoniques avec des infirmières conseillers en santé (ICS) spécifiquement formés et entièrement dédiées au service. Une équipe d'infirmières conseillers en santé est à leur écoute au 0 809 400 040 du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 13h. Elles abordent les sujets qui préoccupent les adhérents diabétiques et les aident à mettre en pratique les recommandations de leur médecin et à adapter leurs habitudes de vie;
- en un *espace de coaching en ligne* ouvert aux adhérents Sophia (diabète et asthme) permettant d'échanger avec une infirmière-conseiller Sophia et proposant un programme personnalisé et un suivi des données de santé a été mis en place fin 2016;
- en une application mobile sur le suivi de l'asthme *Asthm'activ* est ouverte depuis mars 2017. Ouverte au grand public, elle propose une boîte à outils pour la gestion de l'Asthme au quotidien et à vocation de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé sur le suivi de l'affection.

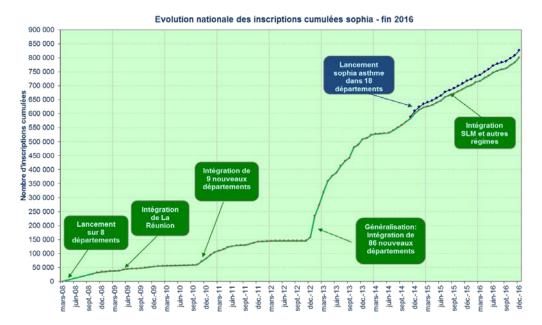
1.2 Les populations couvertes

- [4] Le programme s'intéresse actuellement à 3 maladies chroniques.
- Le *diabète* qui concerne selon la cartographie médicalisée de la CNANTS 3,106 de personnes prises en charge et 8,068 mds de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (5,1% des dépenses), soit 6,738 pour les soins de ville, 0, 810 pour les dépenses hospitalières et 0,521 pour les IJ. Selon la CNAMTS le montant réel serait plutôt de l'ordre de 10 Mds€ en y comptabilisant les dépenses à certaines pathologies directement associées¹6.
- L'asthme pour laquelle la CNAMTS, dans sa cartographie sus évoquée, n'est pas en mesure de produire des chiffres de ce type et se doit d'agréger les données sur les maladies respiratoires chroniques, car les médicaments anti-asthmatiques ne sont pas spécifiques aux seuls asthmatiques, seule une exploration fonctionnelle respiratoire permet de diagnostiquer un asthme, acte peu répandu réalisé par les pneumologues. Les données de coût disponibles sont celles de la 1ère évaluation médico-économique Sophia-asthme (cf.[55]) sur une population « plus sûrement » asthmatique. Ainsi, sur la population des asthmatiques témoins, sur toutes les dépenses remboursées (y compris dépenses non spécifiques à l'asthme), 1175 € de dépenses de soins de ville, 660€ de dépenses d'hospitalisation et 315€ d'IJ. Les dépenses spécifiques à l'asthme ont fait l'objet d'une estimation dans l'évaluation en prenant des hypothèses sur le lien entre un acte et la délivrance d'un médicament antiasthmatique dans les jours suivants.
- L'insuffisance cardiaque chronique : 478 000 personnes sont prises en charge à ce titre et donnent lieu à 1,232 md de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (0,8% des dépenses), soit 1,037 pour les soins de ville 0,137 pour les dépenses hospitalières et 0,058 pour les IJ.
- [5] Expérimenté sur *le diabète* à partir de 2008 dans 10 départements pilotes, de premiers résultats positifs étant observés, le service Sophia a été généralisé à l'ensemble du territoire fin 2012-début 2013.
- [6] Il était aussi expérimenté dans 18 départements (19 caisses) aux personnes ayant de l'asthme, avant d'être progressivement généralisé à compter de ce mois de mai 2017 (cf. [8]).

¹⁶ Rapport Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie 2017, p. 25.

- [7] Depuis la fin 2015, le programme était également ouvert, à titre expérimental, aux personnes en insuffisance cardiaque en relais du programme Prado dans 7 départements pour 1 ou 2 établissements de santé.
- S'agissant du *diabète*, sont éligibles au programme les patients affiliés au régime général et aux autres régimes qui ont eu au moins trois dates de délivrance distinctes d'antidiabétiques sur une période d'un an, sont exonérés du ticket modérateur au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD), ont au moins 18 ans, et ont déclaré un médecin traitant. Parmi ces patients sont particulièrement ciblées ceux qui sont *en écarts de soins*, c.a.d n'ayant pas réalisé à la fois leur bilan dentaire et leur bilan rénal l'année précédente et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.
- [9] Au 31 décembre 2016, Sophia-Diabète compte 720 000 adhérents diabétiques sur 2 205 000 éligibles (827 000 adhésions cumulées depuis l'ouverture du service). 46% des nouveaux adhérents de 2016 étaient en situation d'écarts de soins, pour un objectif national fixé à 40%. A compter de 2016, d'un commun accord avec la tutelle, alors que la COG¹¹ met au même niveau d'objectif de résultat le nombre cumulé d'adhésions en population générale des personnes atteintes et le pourcentage dans les nouvelles adhésions des patients en écart de soins, c'est ce dernier pourcentage qui mesure logiquement en premier lieu l'efficacité de la gestion du programme. L'objectif principal de 2017 de la CNAMTS est ainsi de consolider la situation en assurant un part de 45% des nouveaux adhérents à ceux en situation d'écarts de soins ; l'objectif secondaire étant d'atteindre 930 000 adhésions cumulées.
- S'agissant de *l'asthme*, les critères d'éligibilité ont été resserrés ce début d'année 2017 dans le cadre de la préparation de la généralisation de l'offre afin de mieux cibler la population des asthmatiques : sont éligibles les asthmatiques de 18 à 44 ans ayant eu des délivrances d'antiasthmatiques deux années de suite (2 en N-1 et 1 en N-2), soit 340 000 patients. 24 000 adhérents étaient comptabilisés au 31.12.2016 dans le cadre de l'expérimentation sur 155 000 éligibles dans les 18 départements (19 caisses) concernés. L'objectif pour 2017, dans le cadre de la 1ère vague de généralisation ouverte en mai, est de porter le nombre d'adhérents à 50 000. Appuyées sur deux études portant le bilan positif de l'expérimentation (cf. infra), la généralisation de l'offre, prévue de manière peu réaliste en 2016 par la COG, doit s'achever en janvier 2018 dans les CPAM et en septembre suivant avec les DOM et les régimes partenaires.
- [11] Au 31.12.2016, 300 patients étaient concernés par l'expérimentation ouverte en octobre 2015 dans 7 départements avec chacun 1 ou 2 établissements de santé d'une offre globale Prado/Sophia aux *insuffisants cardiaques*. Le bilan de l'expérimentation sera réalisé au 4ème trimestre 2017 en vue de statuer sur son éventuelle extension en 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles. La COG, ici aussi beaucoup trop volontariste, prévoyait évaluation externe et généralisation en 2016.

¹⁷ Les engagements COG figurent à fin de la présente annexe.



Source: Cnamts

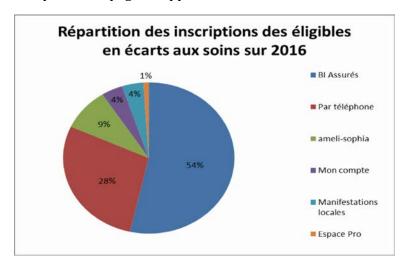
2 LA GESTION DU SERVICE

2.1 Au niveau national

- [12] La gestion de Sophia au sein de la CNAMTS repose avant tout sur le *Département accompagnement en santé des assurés* (DASA) à la Direction des assurés partie de la DDGOS et sur *la cellule opérationnelle des services en santé* du Département opérationnel de la GDR à la Direction du réseau médical et des opérations de GDR partie de la DDO. L'effectif participant à des degrés divers à la construction et à l'animation nationale du programme est estimé par la caisse nationale de façon un peu large à 24 ETP (cf. ci-après 7. Coût de Sophia) dans une évolution plutôt en légère réduction.
- [13] Le pilotage du programme est assuré par *Comité stratégique* présidé par le directeur général et qui se réunit deux fois par an. Un *Comité de pilotage* se tient par ailleurs une fois par mois. Le pilotage donne lieu à la production annuelle, normalement en janvier, d'une *lettre réseau décrivant les actualités et la stratégie nationale retenue pour le programme*. Celle pour 2017 a été diffusée le 9 mars LR-DDO- 34 (avec 6 annexes) sa seconde partie étant consacrée à la généralisation progressive du volet asthme du programme. Le programme donne lieu également à un jeu de lettres réseaux sur des points particuliers et une lettre d'information réseau dédiée mensuelle. Tous documents de qualité, riches en contenu.
- [14] Le programme Sophia a sans nul doute fait progresser la CNAMTS en améliorant son savoir-faire dans la conception des programmes et dans leur pilotage interne et dans le réseau.

2.2 Dans le réseau

- [15] Comme le prévoit la LR DDGOS-15/2016 du 29 février 2016, relative à l'organisation régionale en matière de gestion du risque (p.3.3.2), afin de coordonner le déploiement du programme Sophia, chaque DCGDR a désigné un binôme médico-administratif régional chargé d'assurer la coordination et le pilotage de la promotion auprès des assurés et des professionnels de santé, soit 13 en métropole et 4 dans les DOM (hors Mayotte). Ils sont réunis régulièrement à la CNAMTS.
- [16] Au niveau CPAM/ELSM, des binômes médico-administratifs gèrent les campagnes d'adhésions effectuées par des agents ces organismes dans chacun des départements. A temps partiel sur Sophia, ils sont compétents aussi sur Prado. Les adhésions reposent en amont sur une démarche d'envoi de courriers et en partie sur les appels sortants d'agents administratifs de l'ELSM la répartition des modes des inscriptions réalisées sur les diabétiques en écarts aux soins en 20186 est la suivante. Un exemple de campagne d'appels d'adhésions est donné dans l'encadré suivant.



Source: Cnamts

Exemple de campagne d'appels d'adhésions 2016 - CPAM Loire-Atlantique

Ciblage 2016 : personnes éligibles au service (3 prescriptions d'anti-diabétique oraux/insuline au cours des 12 derniers mois, bénéficiaires du régime général, ayant un médecin traitant, âgées de plus de 18 ans, pris en charge à 100 % au titre d'une ALD), ayant déjà reçu 3 courriers d'invitation nationaux, n'ayant jamais adhéré, n'ayant pas refusé, présentant des écarts aux soins (bilan rénal et de consultation dentaire en 2014 et fond d'œil en 2013 et 2014, non remboursés).

Environ 200 heures d'appels : cible 1875 non-adhérents en écart aux soins et de moins de 75 ans ; 2360 appels passés dont 822 aboutis ; 510 promesses d'adhésions; 173 refus d'adhésions ; 209 adhésions (soit 25 % des appels aboutis).

[17] La procédure de ciblage local des éligibles en écarts aux soins est diffusée par la caisse nationale et actualisée tous les ans (cf. annexe 1 de la LR-DDO-34/2017 sus-évoquée). Les données sur lesquelles reposent les opérations de recrutement ont des limites : les données du PMSI sont devenues récemment mensuelles mais toujours en décalage de disponibilité de deux mois. L'information est jugée partielle et pas toujours fiable. On n'entrevoit pas d'amélioration à court-moyen terme sur ce sujet. Il est néanmoins nécessaire de pouvoir faire bénéficier rapidement le service de données plus fraîches et que le premier contact patient puisse reposer sur une check-list plus élaborée.

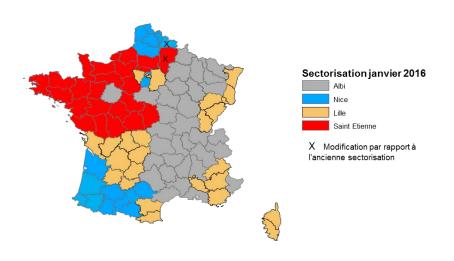
- Les binômes locaux gèrent également la promotion de Sophia auprès des patients (mise en avant d'Ameli-Sophia; envois de journaux et de livrets repère), notamment en partenariat avec des associations de patients, les actions de promotion auprès des médecins généralistes par les DAM et les Praticiens conseil et la participation à des manifestations organisées lors de la semaine nationale de sensibilisation et de prévention du diabète (juin), les journées mondiales annuelles de lutte contre l'asthme (mai) et le diabète (novembre). Près de 5 millions de contacts ont été ainsi assurés en 2016.
- [19] De l'enquête sur le terrain, il ressort que la gestion du programme Sophia constitue une expérience positive de travail médico-administratif efficace.
- [20] Les entretiens téléphoniques personnalisés, cœur du service, sont conduits exclusivement de 6 centres ou unités d'appels interrégionaux spécialisés, chacun placés sous la responsabilité d'un médecin-conseil : 4 centres en métropole sis auprès des CPAM/ELSM d' Albi, de Nice, de Lille et de Saint-Etienne et 2 unités d'accompagnement dans les DOM (Martinique et La Réunion).
- [21] L'effectif réel mesuré en ETP des centres et unités cf. tableau ci-dessous- est en écart constant mais décroissant avec l'effectif cible mesuré en personnes physiques. L'effectif réel reflète la montée en charge des centres et unités d'appels. En 2016, leurs ETP se distribuent entre 34 ETP encadrants et 245 ETP ICS. En 2017 l'écart ne devrait pas beaucoup se réduire selon la CNAMTS.

Tableau 1 : Effectif encadrant des centres et unités et des infirmières conseil en santé - ICS

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
Effectif ETP	204	257	265	279	+ 36,8 %
Effectif physique (cible)	290	290	290	306	+ 5,5 %

Source: Cnamts/DDGOS

Graphique 1 : Carte des 4 centres téléphoniques métropolitains



Source: Cnamts/DDGOS

- [22] Ces centres recrutent pour leurs postes d'ICS des infirmières libérales ou hospitalières, infirmières diplômées d'Etat (IDE), ayant au moins 5 ans de pratique. Les centres sont d'ailleurs positionnés là où il y a des écoles d'infirmières. Le recrutement est facile (sauf sur Nice: les rémunérations du « marché » local sont plus élevées), des infirmières souhaitant s'éloigner des soins et se rapprocher des patients. Le turn-over varie de 5 à 10 %; 30 à 40 infirmières participent aux centres depuis leur origine (2008).
- [23] Leur formation initiale, durant de quatre à cinq semaines, repose du deux volets : médical et conduite d'entretien/communication. Initialement cette formation était faite par des praticiens hospitaliers pour le volet 1 et par des prestataires pour le volet 2 ; actuellement elles sont assurées respectivement par des MC et par des communicants de la CNAMTS. Elle associe aussi l'intervention d'associations de patients, diabétiques qui sont très structurées ; celles regroupant les asmathiques étant plus légères et moins représentatives. Une formation continue est assurée sur les deux volets.
- [24] Les ICS n'ont pas de portefeuilles de patients : la distribution et la gestion des appels se fait comme dans tout centre d'appel avec traçage de chaque contact avec le patient. Les centres permettent d'appeler régulièrement un adhérent sur quatre.
- [25] On doit mesurer la productivité de ces centres et unités s'agissant des appels gérés.
- [26] Selon la CNAMTS, en 2016 un tiers des appels sortants (ICS) et entrants (patients), soit 427 000 ont été fructueux », et les 2/3 donc « infructueux. Les appels « fructueux » correspondent à un véritable échange avec l'adhérent visant à un changement de comportement. Ils durent environ 15 minutes en moyenne et donnent lieu à la rédaction d'un compte-rendu à l'issue de l'échange. Les appels «infructueux » correspondent aux appels pour lesquels l'adhérent est demandeur seulement d'informations, non disponible ou absent (un tiers décroche l'appel). Sont également « infructueux» les appels sur répondeurs non détectés par le composeur d'appel. Tous ces appels génèrent le même temps d'attente en amont de la connexion de l'appel.
- [27] Les 245 ETP ICS ont ainsi géré en 2016, 8,5 appels « fructueux» par jour ouvré (205j) et 2 fois plus d'appels « infructueux ». Cette proportion peut-paraître faible mais le temps effectif en appel ne représente qu'une partie du temps de travail des ICS, nécessaire pour assurer des appels de qualité : temps d'attente pour une mise en relation d'un adhérent avec un ICS, rédaction des compte-rendu d'appels, réunions de partage des pratiques, écoute d'appels et bien sûr formation.
- [28] Une attention doit néanmoins être apportée à cette question de productivité qui doit jouer un rôle central en termes de déploiement progressif des effectifs des 6 centres et unités spécialisés cf. p. [18].

2.3 Innovation et remontées des bonnes pratiques du réseau.

- [29] Le binôme médico-administratif régional, en lien avec les binômes locaux est appelé par la LR du 29 février 2016 sus-évoquée à recenser les bonnes pratiques mises en œuvre dans la région, pour en permettre une plus large application, dans le respect des consignes nationales en matière de sécurité et de secret médical. Le DCGDR doit veiller à faire valider par la CNAMTS, avant mise en œuvre, les initiatives novatrices locales.
- [30] Selon la CNAMTS, un premier appel à la remontée des bonnes pratiques du réseau auprès des 6 meilleurs CPAM du programme a été organisé au printemps 2016, mais il n'a rien donné d'intéressant à partager. Ce type d'appel devra être renouvelé auprès d'autres CPAM.

3 LES OUTILS SI

3.1 L'informatisation du dispositif SOPHIA repose sur la coexistence de briques distinctes

- [31] L'outillage du dispositif SOPHIA repose sur la coexistence de deux briques informatiques afin de respecter les contraintes de la CNIL : une brique nominative (front office, outil de gestion de la relation client) et une brique « base de données anonymisées ».
- [32] La brique nominative permet de gérer la « relation clients » avec les assurés (inscription, suivi du parcours...) et repose essentiellement sur l'outil EMBRACE, qui est l'outil de GRC dédié aux assurés adhérents au programme SOPHIA. EMBRACE n'est pas couplé à MEDIALOG + (l'outil de GRC de la branche) afin de respecter les contraintes de la CNIL. L'environnement informatique SOPHIA, dans sa partie nominative, fait également appel à d'autres applicatifs de la CNAMTS : ESOPE (éditique, pour l'envoi de courriers aux assurés), DIADEME, les différents téléservices (Améli, Améli SOPHIA, Espace Pro). Le portail de e-coaching alimente également la GRC.
- [33] La brique anonymisée est un entrepôt des données contenant les données anonymes relatives aux assurés diabétiques et asthmatiques, alimenté par le SNIIRAM sur une base mensuelle, et par la GRC (EMBRACE) sur une base hebdomadaire. Cette brique d'analyse permet de réaliser un pilotage de la GRC via une segmentation des publics, et de réaliser des études médico-économiques, parfois conduites par des prestataires externes (INSERM...). Les cohortes sont conservées quinze ans.
- [34] Le logiciel EMBRACE est un logiciel de marché qui semble rencontrer aujourd'hui davantage de difficultés techniques liées aux volumétries à traiter que de limites en matière de fonctionnalités. La solution retenue dans le cadre du renouvellement du marché en 2020 devra prévoir l'interfaçage avec les briques du SI de la CNAMTS (plus d'une trentaine d'interfaces actuellement avec EMBRACE).

3.2 Des enjeux liés à la numérisation du parcours assuré pour améliorer la détection, l'inscription et le suivi des patients inscrits en SOPHIA

- [35] Le processus d'inscription au service SOPHIA repose encore en grande partie sur un format papier. Il nécessite, comme on l'a vu, un « profilage » via l'exploitation mensuelle automatisée des bases de la CNAMTS (BDO et SIAM-ERASME). Une requête mensuelle permet d'alimenter la GRC SOPHIA (EMBRACE) pour identifier la population éligible.
- Une campagne de recrutement par courrier est alors déclenchée (ESOPE), EMBRACE n'étant pas interfacé avec l'outil OSMOSE qui permet d'effectuer des campagnes sortantes par SMS ou courriels. Les divers modes d'inscription ont été évoqués plus haut p. [14].
- [37] Le patient est d'abord créé au niveau de la GRC EMBRACE dans la brique « nominative », puis remonté dans la brique « analyse ». En entrée de parcours, le système d'information récupère les données du SNIIRAM pour les nouveaux patients sur une profondeur de trois ans, puis les données provenant du SNIIRAM sont remontées mensuellement. Les données issues du SNIIRAM permettent de calculer l'écart aux soins, la comorbidité, le scoring des adhérents par niveau de risque, et de proposer un accompagnement différencié (par exemple, une fréquence d'appels différente).

[38] Les infirmières conseil en santé (ICS) disposent désormais d'une solution de téléphonie « DIALER » qui leur permet maximiser les appels via une composition automatique des numéros à appeler, ce qui constitue un gain de productivité. Un croisement des données entre le P1 et la population SOPHIA permettrait d'identifier les assurés éligibles à SOPHIA disposant d'un compte en ligne, qui permettrait de leur adresser des courriels via leur compte.

[39] Parmi les projets ou réflexions en cours figurent opportunément l'accrochage d'EMBRACE sur les modules courriels et SMS d'OSMOSE d'ici fin 2017; un projet pour le T1 2018 d'applicatif diabète interfacé avec EMBRACE qui permettrait notamment des interactions avec un ICS.

4 LE COUT DU PROGRAMME SOPHIA EN 2016

Pour l'exercice 2016 le coût du programme a été chiffré par la CNAMTS tant en dépenses d'investissement (10,5 millions) que de fonctionnement (25,1 millions) ainsi que le coût unitaire par adhérents en moyenne annuelle (50 euros). Il appartiendra à la nouvelle étude médico-économique de Sophia-Diabète externe qui vient d'être lancée et à celle qui ne manquera pas d'être réalisée à l'issue de la généralisation de son offre sur Sophia-Asthme (cf. infra. 5.1 et 5.2), d'évaluer si ce coût est acceptable au regard des économies attendues en termes de prestations notamment hospitalières.

En K€ TTC	2016
Investissement	10 542
Amortissement Investissement expérimentation SOPHIA	3 500
Prestation AMOA	
Prestation AMOE HWA 1er marché	4 500
Prestation AMOE HW 2nd marché négocié	1 500
Prestation Appli asthme	0
Prestation Appli Diabète	0
Prestation Recrutement	0
Prestation informatique	500
Equipement des plateformes	112
Coût humain DDSI	430
Exploitation	20 125
Frais d'affranchissement Esope	1 835
Autres services (transports, affranchissement, honoraires, amortissements)	164
Actions locales (promotion)	680
Publicité	428
Marché téléphonie	138

		1
Personnel plateforme	16 240	
Conso fnpeis centres + SSU +	roubaix	236
Rémunération médecin trai	tant	312
Evaluation		92
Coût analytique		4 960
Coût humain CNAMTS	2 100	
Cout humain réseau Assura	2 860	
	Total Sophia	35 627
	755 000	
	712 500	
	47	
	Soit un Coût par adhérent en € (2)	50

Source: Cnamts DDGOS

5 LES EVALUATIONS ET ENQUETES TOUCHANT LE PROGRAMME

5.1 Les évaluations médico-économiques de Sophia-Diabète

- [41] Depuis son lancement en 2008, le service Sophia a fait l'objet de trois évaluations médicoéconomiques ayant pour but d'estimer son impact sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et sur les dépenses de soins des patients diabétiques.
- [42] La première évaluation, réalisée par le bureau d'études Cemka-Eval, portait sur la première année d'expérimentation du service, 2009. Cette évaluation dont les résultats ont été rendus en novembre 2010 mais non officiellement publiés, a donné lieu à une critique polémique sur sa méthode et ses résultats cf. *Sophia : les mauvais calculs de la CNAMTS* publié sur internet le 7 mars 2013 par un membre du syndicat FMF.
- [43] La CNAMTS en a tiré conséquences et a réalisé directement une seconde évaluation à 1 an et à 3 ans du programme après trois années d'expérimentation du service (2009-2011). Le rapport de synthèse en a été publié en juillet 2012. Disponible sur le site *amélifr*, il n'a pas donné lieu à critique-polémique sur internet même s'il s'agit d'une auto-évaluation de l'assurance maladie.
- [44] Une troisième étude médico-économique a été réalisée par un consultant économiste et statisticien Pierre-Emmanuel Couralet. Elle a porté sur les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entrés fin 2010 dans le programme, et sur l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Disponible en septembre 2015, elle est aussi accessible sur le site *ameli.fr.* Les éléments ci-dessous résument la synthèse ainsi publiée.

- L'accès aux données permis par l'accord de la CNIL ne permettant pas d'utiliser les données des premières années de l'expérimentation du programme, l'impact de ce dernier a donc été évalué sur deux courtes périodes de, respectivement, 2 ans (2011-2012) et un an (2013, et quelques données sur l'année 2014). Soit un horizon temporel très court dans le domaine de la prise en charge des malades chroniques, qui n'a pas permis, ou peu, de prendre en compte les bénéfices attendus du programme à moyen et long terme.
- [46] L'objectif de cette évaluation a été de décrire l'impact du programme SOPHIA, d'une part, sur la réalisation des examens de surveillance recommandés (ESR) dans le suivi du diabète, et d'autre part, sur les dépenses de soins des patients.
- [47] Sur le premier point, la mesure des examens de surveillance du diabète a mis notamment en valeur un impact positif et significatif du programme SOPHIA sur les deux indicateurs ESR les plus spécifiques du suivi des patients diabétiques, les dosages de l'albuminurie/protéinurie et de l'hémoglobine glyquée (≥2/an), quelles que soient la cohorte considérée et la méthode statistique utilisée. Impact positif qu'il faut nuancer par l'existence d'un "effet de nouveauté" lié au programme: l'impact positif décroit après la première année de mise en œuvre du programme.
- L'impact sur les dépenses de soins des patients diabétiques sur les dépense totale de soins de ville et sur les dépenses d'hospitalisation, après avoir pris en compte les dépenses de consultations externes et d'IJ et pensions d'invalidités (lorsqu'elles sont disponibles), a été apprécié rarement significatif, et, lorsqu'il l'est, légèrement positif.
- [49] Après avoir développé les enseignements et les réserves que l'on peut tirer de cette analyse de l'impact du programme s'agissant des différentes méthodes d'évaluation utilisées faible ampleur et peu robustes, l'auteur concluait, sous forme de recommandations :
- d'une part, que l'impact positif et significatif du programme SOPHIA sur le taux de réalisation des ESR devrait avoir un impact économique à moyen et long terme, via la réduction des complications du diabète et qu'il serait donc utile de limiter les restrictions qui pèsent sur le cadre d'évaluation afin d'étendre la période d'étude et de permettre des analyses plus précises;
- d'autre part, que l'efficacité et la pertinence du programme pourraient sans doute bénéficier d'analyses et d'expérimentations complémentaires. Il serait, par exemple, intéressant d'expérimenter l'envoi des courriers d'accompagnement à l'ensemble des patients éligibles, y compris les non-adhérents (système d'"opt out"), puisque cette composante du programme semble jouer un rôle prépondérant dans la hausse du taux de réalisation des ESR. Il serait également utile d'affiner la compréhension de l'"effet de nouveauté", puis de définir et tester des stratégies permettant de limiter la baisse des indicateurs ESR après la première année du programme.

[50] Sophia-Diabète a un apport indéniable pour le patient, mais son ROI reste donc difficile à chiffrer. Une 4ème évaluation médico-économique a été confiée à un consortium d'entreprises mené par la société Heva. Ses premiers résultats sont attendus pour le premier trimestre 2018. L'évaluation va pouvoir couvrir pour la première fois une cohorte de patients sur une longue période (8 années du lancement de l'expérimentation courant 2008 à 2016¹⁸.

¹⁸ Avec, souligne la CNAMTS, un souci de données sur les adhérents Sophia décédés entre 2008 et 2011 car ces données ont été « purgées » et ne peuvent être récupérées du fait des contraintes CNIL. La manière de traiter ce sujet et de déterminer la période d'étude va faire l'objet du protocole d'étude à venir.

5.2 L'évaluation annuelle des résultats de Sophia-Diabète

[51] La LR/DDO/34/2017 du 9 mars 2017 relative à la stratégie nationale Sophia 2017 présente – pour la première fois - les résultats atteints sur 2016 ou sur 2015/16 par rapport à la période précédente s'agissant des adhérents au programme en écart de soin sur la réalisation des examens du fond de l'œil et du bilan rénal, mais ne donne pas d'indication sur celui des examens dentaires. Elle y ajoute des données sur la contribution de l'accompagnement Sophia au sevrage tabagique.

[52] Selon les données recueillies par la CNAMTS, « Le recours au bilan ophtalmologique des adhérents Sophia augmente sensiblement : + 2,5 points sur 2015 –2016 (64,5 % des adhérents ont recouru à l'ophtalmologiste) pour un objectif de progression fixé à +1 point par rapport à 2014-2015. Ainsi, ce sont plus de 15 000 adhérents supplémentaires qui ont bénéficié d'un fond d'œil par rapport à la même période de 2014-2015. Parmi les adhérents appelés par les infirmiers conseillers en santé Sophia, le taux de progression de la réalisation du fond d'œil atteint +4,5 points. L'écart de taux de réalisation de l'examen du fond d'œil s'accentue entre les adhérents et les non-adhérents : ces derniers progressent de +1,5 points et atteignent un taux de 53,9 % sur 2015-2016. Cette progression est particulièrement notable sur les nouveaux adhérents diabétiques de l'année 2015(...) L'effet d'essoufflement des résultats la seconde année après l'adhésion, observé lors des évaluations médico-économiques réalisées, s'estompe (...).

L'impact du service Sophia est également positif sur le recours au bilan rénal : +2,3 points de progression sur l'année 2016 pour un objectif à +2 points par rapport à 2015. Ainsi, ce sont plus de 17 000 adhérents supplémentaires qui ont eu recours au bilan rénal par rapport à la même période de 2015. Parmi les adhérents appelés par les infirmiers conseillers en santé Sophia, le taux de progression de la réalisation du bilan rénal est de +8,2 points. Dans le même temps, les non-adhérents à Sophia progressent de +1 point : leur niveau de réalisation est de 34,3% sur 2016 contre 43,7% pour les adhérents.

L'accompagnement Sophia contribue au sevrage tabagique : 9,4 % des adhérents Sophia connus comme fumeurs à fin 2015 ont arrêté de fumer en 2016 (objectif d'arrêt fixé à 5 % des fumeurs pour 2016). Ainsi, 2 668 personnes ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 parmi les 28 400 personnes connues comme fumeuses à fin 2015. »

Un objectif sur les examens dentaires a été aussi fixé pour 2017. Le recueil, le contenu et la publication de ces données¹⁹ crédibilise le programme même si elles ne peuvent aborder les économies réalisées en termes de prestations notamment hospitalières. La CNAMTS se doit d'en assurer une publication annuelle régulière de cette évaluation réalisée par une prestation externe.

5.3 La 1ère analyse médico-économique de l'expérimentation Sophia-Asthme

[56] Menée en 2016 dans le cadre du bilan de l'expérimentation, elle a été réalisée par l'unité 1123 de l'INSERM (au sein du Département d'épidémiologie et de recherche clinique – Hôpital Bichat). Elle montre des effets modérés du programme sur l'ensemble des éligibles, compte-tenu du faible effectif d'adhérents parmi la population éligible étudiée (10 % d'adhérents Sophia, lesquels sont davantage précaires et avec un asthme plus grave que la moyenne); des effets positifs sur certains indicateurs cliniques : utilisation des traitements de fond et observance du traitement

¹⁹ L'évaluation est réalisées sur des populations « brutes » c.a.d sans redressement statistiques de données.

médicamenteux, recours au pneumologue, arrêt de travail pour asthme; pas d'effet du programme sur les dépenses de santé toutes causes et pour les dépenses pour asthme, plus de dépenses de médicaments et moins de dépenses d'IJ; sur les adhérents, des effets plus importants et plus souvent significatifs sur pratiquement tous les critères d'évaluation.

5.4 Les enquêtes auprès des adhérents et des médecins

- Une étude de satisfaction des adhérents Sophia-Diabète et des médecins généralistes a été menée en juin 2014 (une étude avait été réalisée en 2009 et une autre en 2011). Ses résultats encourageants figurent à la fin de la présente annexe. Il paraît indispensable que ce type d'enquête se renouvelle régulièrement tous les 3 ans).
- Une première étude de satisfaction après des adhérents à Sophia-Asthme, également menée dans le cadre du bilan de l'expérimentation sur ce compartiment du programme, a été réalisée à l'été 2016 sur la base de 1430 questionnaires exploitables sur les 10 000 envoyés par voie postale. Ses résultats sont nettement positifs que ce soit en termes de jugement global sur le service, d'impact des appels réitérés sur le comportement des adhérents ou sur la mesure de l'utilisation des divers supports d'information (les documents papier étant privilégiés par les intéressés). Il paraît indispensable que ce type d'enquête se renouvelle aussi régulièrement (un ou deux ans après la fin de la généralisation).

5.5 L'évaluation de l'expérimentation l'offre globale Sophia/Prado insuffisance cardiaque

[59] Comme il est dit plus haut p. [9], un bilan de cette expérimentation en sera fait lors du dernier trimestre 2017 afin de statuer sur son éventuelle extension pour 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles. Une évaluation externe n'interviendra dont qu'à l'issue de cette éventuelle extension de l'expérimentation.

6 LES MEDECINS ET SOPHIA

- [60] Comme elle l'écrit sur son site ameli.fr, l'assurance maladie propose le service Sophia, avec le soutien des associations de patients, et en concertation avec les autres partenaires mobilisés : représentants des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, sociétés savantes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Haute Autorité de Santé (HAS)... La relation avec les médecins généraliste est essentielle.
- [61] Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, la participation des médecins au programme demeure insuffisante.
- [62] Il y a un grand frein du côté des syndicats médicaux. Au niveau national seul MG France soutient le programme. Les autres syndicats de généraliste, FMF et SMF, ni sont pas favorables jugeant l'intervention de l'assurance maladie non légitime, la plaçant en « concurrence » avec les médecins. D'où le contenu peu engageant des articles 23 et 23-1 de la convention médicale du 25 août 2016 (cf. à la fin de cette annexe).
- [63] Au niveau local, vu de la Branche : 15 % de médecins soutiendraient vraiment le programme, 15% y serait déclarés hostiles, mais ils le sont plus généralement à l'assurance maladie, et 70% constitueraient un milieu attentiste. L'enquête réalisée l'été 2014 par l'Institut A+A

auprès de 500 médecins (cf son résumé en fin de l'annexe) est plus optimiste : plus des trois-quarts d'entre eux notamment estiment que l'assurance maladie est dans son rôle en proposant Sophia et considèrent comme une bonne chose qu'elle s'investisse dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

- [64] Les inscriptions des patients au programme, on l'a vu (cf. [14]) repose très fortement sur l'assurance maladie. Les médecins traitants peuvent sur *Espace pro* demander qu'un patient bénéficie du programme. Mais ce dispositif est très peu utilisé : 1 % des adhésions des patients en écarts de soins en 2016. Les DAM et les MC n'interviennent en principe auprès des médecins que pour promouvoir le programme que lors des campagnes de généralisation Sophia-Diabète hier, Sophia-Asthme aujourd'hui et demain. La CNAMTS demande d'ailleurs au réseau dans sa LR du 9 mars 2017 : « de veiller à assurer auprès d'eux une communication locale régulière et adaptée sur le service, en cohérence avec la stratégie relationnelle nationale ».
- [65] Après adhésion, les patients reçoivent une lettre de bienvenue et un questionnaire personnel et un questionnaire médical qui doit être remplit par le médecin traitant à l'occasion d'une prochaine consultation.
- [66] Après l'échec rapide d'un dispositif de bulletin d'adhésion co-signé patient/médecin traitant, ce dernier est seulement informé de la relation Sophia/patient. Il peut consulter la liste des éligibles et des adhérents de sa patientèle sur *Espace pro*.
- [67] C'est sur la base d'une nouvelle version de ce portail que la CNAMTS a mis au point récemment une offre de service renforcée auprès des médecins traitants. Ceux-ci pourront désormais remplir en ligne le questionnaire médical et accéder aux supports d'accompagnement écrits du programme tels que les livrets repères et les journaux « Sophia et vous » dématérialisés.
- [68] Surtout, suite à une expérimentation positive en 2016, les médecins pourront actionner l'intervention du coaching téléphonique auprès de leurs patients pour les aider à mieux comprendre et prendre en charge leur maladie. Ainsi, les adhérents qu'ils sélectionneront bénéficieront d'un accompagnement téléphonique sur un thème spécifique choisi par le médecin. Cet accompagnement sera réalisé par des appels sortants des ICS durant 6 mois, à raison d'un appel par mois.
- [69] Le réseau est appelé à promouvoir celle nouvelle version d'Espace pro en s'appuyant sur différents outils mis à sa disposition, dont une brochure destinée au médecin traitant détaillant les télé-services Sophia. Une action particulière sera expérimentée en 2017 avec des médecins exerçant en maison de santé pluri-professionnelle.

7 PISTES D'EVOLUTION

- [70] La CNAMTS évalue encore les performances du programme à partir des résultats d'adhésion obtenus par le réseau alors que de bons résultats ont été atteints dans l'accompagnement des adhérents réalisé par les ISC s'agissant de la réalisation des examens ophtalmologiques et rénaux comme en sevrage tabagique. Il conviendrait donc de changer d'indicateur dans la nouvelle COG en ne centrant plus l'action sur l'adhésion des patients en écart aux soins mais sur la mesure de l'évolution de leurs consommations de soins.
- [71] Malgré des résultats satisfaisant, le dispositif du programme a atteint ses limites.

- [72] Les règles d'adhésion ne sont pas suffisamment contraignantes au regard de l'enjeu et des moyens mis en œuvre pour les obtenir. Dans une démarche de responsabilisation du patient, en lien avec le protocole ALD qu'il a signé, il conviendrait de mettre en œuvre d'un principe de consentement implicite pour les patients diabétiques en écarts de soins. Cette mise en œuvre serait faite par vagues. Elle suppose notamment un travail de communication afin d'assurer le succès de la démarche.
- [73] Les moyens devraient être recentrés sur la relation avec les adhérents -notamment le coaching téléphonique et en ligne et sur l'investissement dans le virage digital même si 30% des patients adhérents n'ont pas internet, soit la plus grande partie des plus de 65 ans et sur la relation avec les médecins traitants.
- [74] S'agissant du coaching téléphonique ou en ligne des données mensuelles plus fraîches du PMSI (actuellement connues avec 2 mois de décalage) permettraient de mettre au point une checklist plus élaborée pour les contacts avec l'adhérent.
- Par ailleurs, une partie des patients en fort écarts de soins relèverait plutôt d'un programme d'éducation thérapeutique plus ou moins renforcée que d'un simple coaching Sophia. Un ciblage plus fin du recrutement des adhérents, sur la base du niveau de risque de ne pas suivre le protocole de soins, serait à mettre en œuvre avec l'aide des médecins traitants, ce qui permettrait de renforcer leur participation au programme. Les réseaux de soins de proximité sont bien placés pour accompagner l'éducation des patients et les actions pourraient être financées par les FIR des ARS.
- [76] Avant d'augmenter les ressources disponibles dans les 6 centres ou unités d'appel, d'autres options doivent être explorées pour se substituer au suivi téléphonique effectué par les ICS. La CNAMTS a initié différents projets pour moderniser le « parcours » de l'assuré au sein de SOPHIA, et trouver des « relais » au téléphone comme modalités de suivi par les ICS. Un panel d'adhérents à SOPHIA a été constitué pour travailler notamment sur les canaux d'accompagnement (courriers, courriels, portail, applicatifs sur smartphone...).
- [77] La relation avec les médecins généraliste est essentielle. Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, leur participation au programme demeure insuffisante. Au-delà des évolutions très positives mise en œuvre dans EspacePro, il conviendrait d'aller plus loin dans le partage de l'information :
- en permettant d'inscrire un patient simultanément à la déclaration d'ALD;
- > en informant directement par push mail les médecins des adhésions au programme;
- en enrichissant le portail avec le niveau de risque des patients de ne pas suivre les prescriptions médicales ;
- en organisant des échanges des médecins avec les CIS ce qui permettrait de leur faire un retour de l'intervention du centre d'appel. L'idéal serait aussi de donner aux médecins une vision de ce que fait ou ne fait pas le patient dans son parcours de soins.
- [78] A plus long terme, le programme Sophia doit être vu une première étape vers une démarche de « disease management » plus affirmée en ce qu'elle intégrerait complètement dans la démarche les médecins traitants. Les trois-quarts des dépenses de santé diabète de près de 10 mds proviennent des complications de la maladie qui se traduisent notamment par des dépenses hospitalières.

- [79] Une telle évolution du programme emporte tout à la fois de stratifier la patientèle, de vérifier la mise en œuvre effective du protocole de soins, d'organiser une remontée des examens fait par le patient, d'intégrer l'inscription des patients à Sophia dans la ROPS (laquelle comprend les indicateurs de suivi des patients diabétiques) pour embarquer le médecin traitant et de définir un indicateur de résultat portant réduction de la dépense notamment d'hospitalisation.
- L'assurance maladie est bien consciente que le programme Sophia n'est pas suffisant s'agissant du diabète. Dans ses *rapports Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses propositions de l'Assurance maladie*, la CNAMTS sélectionne en 2016, une proposition (4; page 31) concerne la prévention du diabète chez les personnes à risques tirée des leçons des expériences étrangères (*mettre en place une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie*) et en 2017, trois propositions sur la prise en charge du pied diabétique (propositions n°8 à 10 p. 81). Dans la proposition n°8, volet information des patients, il est prévu d'utiliser à cet effet tous les canaux dont Sophia.
- [81] Le programme a également un potentiel d'extension du périmètre sur les maladies coronariennes chroniques (1,5 millions de personnes prises en charge en 2015 et 3,3 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015). Pour les broncho pneumonies chroniques obstructives l'apport de Sophia ne paraît pas évident à la CNAMTS. Le sujet des maladies psychiatriques (2,2 millions de personnes prises en charge en 2015 et 2,4 en 2020) est peu documenté dans une optique d'intégration au programme et mériterait de l'être. La réforme du programme sus-évoquée paraît être un préalable à toute nouvelle extension à une autre maladie chronique.

$\underline{\text{COG 2014-17}}: \text{engagement de la CNAMTS}: \textit{Développer l'accompagnement des malades chroniques et favoriser le maintien à domicile}$

(...) En ce qui concerne le programme Sophia, une expérimentation sera menée en 2014 au profit de patients asthmatiques. En fonction des résultats de l'évaluation externe, la généralisation du service Sophia asthme pourra être proposée. L'assurance maladie étudiera également les modalités d'un ciblage du dispositif Sophia sur les patients présentant un écart aux soins important.

Une offre transversale entre les programmes Sophia et Prado sera également proposée pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi, les patients seront accompagnés à leur sortie d'hôpital par des infirmiers libéraux pour des séances de surveillance et d'éducation à domicile, en lien avec leur médecin traitant et cardiologue, puis par téléphone, par des infirmiers conseillers en santé de Sophia, de manière à renforcer les recommandations précédemment délivrées.

Parallèlement, l'assurance maladie veillera à renforcer l'implication des professionnels de santé, notamment les médecins traitants et les équipes de soins de proximité, pour inciter leurs patients à bénéficier d'actions de prévention et des offres de service de l'assurance maladie. Le système d'information devra leur permettre d'accéder à une vision consolidée de la consommation de soins de leur patient et d'orienter le contenu des messages de prévention et des services apportés par l'assurance maladie notamment au travers de Sophia.

Les modes d'entrée dans les services d'accompagnement Sophia et PRADO seront aussi diversifiés : renforcement du rôle du médecin traitant en amont pour l'information et l'orientation de ses patients, inscription des patients à l'occasion de l'admission en ALD, articulation avec les services hospitaliers en sortie d'hôpital après un épisode aigu, coordination avec les centres d'examen de santé Les médecins traitants se verront proposer d'adresser directement, s'ils le souhaitent, leurs patients les plus à même de profiter de l'offre d'ETP dans les CES sans nécessité de recourir préalablement à un examen périodique de santé.

Actions à conduire et échéances prévisionnelles :

N°	Actions	Réalisations
7.15	Expérimenter l'extension du programme Sophia à l'asthme : 2014-2015	Expérimentation en 2015-16
7.16	Généraliser en fonction de son évaluation externe, le programme Sophia à l'asthme : 2016	Evaluation externe faite ; généralisation de mai 2017 à septembre 2018
7.17	Expérimenter une offre globale Sophia/Prado : 2015	Réalisé dans 7 départements pour 1 ou 2 ES : 300 adhérents au 31.12.2016
7.18	Généraliser, en fonction de son évaluation, l'offre globale Sophia/Prado : 2016.	Bilan de l'expérimentation prévu au 4 ^{ème} trimestre 2017 en vue de statuer son éventuelle extension en 2018

<u>Un indicateur est associé au programme</u>. Indicateur de résultat, il mesure le nombre de patients adhérents à Sophia dont la part des nouveaux adhérents diabétiques en écarts aux soins : <u>2014</u> : 610 000 adhérents sophia dont 30% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; <u>2015</u> : 750 000 adhérents sophia dont 35% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; <u>2016</u> : 1 000 000 adhérents sophia dont 40% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; <u>Valeur(s) cible(s) fin de COG</u> : <u>2017</u> : 1 200 000 adhérents sophia dont 40% des nouveaux adhérents en écarts aux soins. **Voir à ce sujet ci-dessus p. [8].**

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE, SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016 (extraits)

Article 15.4.4 Programmes d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients

Dans la prise en charge des pathologies chroniques le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques. A ce titre, il est sollicité, dès l'entrée des patients qui le souhaitent dans ces programmes, et est associé à l'adaptation des programmes. Il est tenu régulièrement informé des actions engagées dans le cadre des programme d'accompagnement visés à l'article 23 et assure le suivi des informations transmises dans ce cadre. Il participe à l'évaluation périodique des programmes. Il perçoit, pour les fonctions exercées au titre du présent article, une rémunération forfaitaire pour les patients concernés, dans les conditions définies à l'article 23.1.

Article 23. Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques

En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques et 4 millions sont asthmatiques. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration du contrôle de l'asthme représentent un enjeu majeur, à la fois sur le plan médical, la qualité de vie des patients et les dépenses de l'assurance maladie.

Article 23.1 Programme d'accompagnement Sophia

Le service Sophia s'adresse aujourd'hui aux patients diabétiques et asthmatiques. L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, pour les aider à être acteur de leur santé, à adapter leurs habitudes de vie, et ainsi mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Le service Sophia doit bénéficier à ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi, le service s'attache à convaincre, en priorité, les patients qui rencontrent le plus de difficultés face à la maladie, afin de faciliter leur prise en charge par le médecin traitant. Les partenaires conventionnels conviennent de renforcer encore l'articulation avec le médecin traitant pour soutenir son action visant à améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi, le médecin peut inciter ses patients les plus en difficulté avec leur maladie à adhérer au service Sophia. La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle, à hauteur d'une consultation (C), pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'inscription d'un de ses patients au service Sophia, par l'utilisation du service en ligne sur espace pro. Lorsque le renouvellement du QM est sollicité par l'assurance maladie, la rémunération est également d'une consultation (C) par QM envoyé. Elle s'applique de plus aux éventuels questionnaires d'évaluation du programme.

Le médecin traitant a accès sur Espace Pro à un ensemble de fonctionnalités lui permettant notamment d'avoir une information sur le suivi réalisé auprès de ses patients adhérents au service Sophia.

Il peut faire appel au service Sophia en choisissant les thèmes qu'il juge prioritaires pour son patient (arrêt du tabac,

incitation à l'activité physique, examens de suivi, observance, etc) afin que les infirmiers du service contactent le patient pour l'accompagner sur ce thème. Un retour d'information au médecin traitant est systématiquement organisé.

L'ETUDE DE SATISFACTION DES ADHERENTS SOPHIA ET DES MEDECINS GENERALISTES DE 2014.

Essentiel de la synthèse CNAMTS figurant sur ameli.fr

Elle a été menée en juin 2014 par l'institut A+A auprès **des adhérents diabétiques** s'étant inscrits au programme avant le 1er avril 2013 ainsi qu'auprès des médecins généralistes. 35% d'un échantillon de 12 000 adhérents représentatif de la population adhérente a répondu à un questionnaire et 2715 réponses ont été exploitées. 504 médecins généralistes ayant des patients éligibles au service par téléphone ont été interrogés entre fin juin et mi-juillet 2014.

Les adhérents étaient interrogés sur leur opinion sur les Livrets repères, le journal Sophia et vous et le site amelisophia.fr. Les 2 supports reçus par courrier sont largement lus par les adhérents et 57% le lise le journal en entier et 34% le regardent systématiquement et le lisent partiellement. Ces supports sont jugés faciles à lire et les adhérents y trouvent des informations nouvelles (85%) ou des rappels utiles pour gérer leur diabète au quotidien (94%).

Près d'un quart des adhérents s'est connecté au site ameli-sophia.fr sur les 6 derniers mois mais parmi les personnes équipées d'internet, 44% ne le connaissent pas. 36% des adhérents ne sont pas équipés d'internet. Pour ses utilisateurs c'est le site de référence sur le diabète, répondant aux attentes et agréable à consulter.

Les adhérents mémorisent bien les appels des conseillers en santé Sophia. Même si peu d'adhérents appellent d'euxmêmes un conseiller en santé, 8 adhérents sur 10 savent qu'ils en ont la possibilité.

Le nombre de contacts téléphoniques (variable selon la situation de l'adhérent) et la durée de l'échange correspond majoritairement aux attentes. La durée moyenne des appels - 15 minutes- est la durée jugée idéale par les adhérents.

90% jugent que les infirmières conseillers en santé Sophia leur donnent des conseils adaptés à leur situation, 84% qu'elles apportent des informations complémentaires par rapport à celles qu'ils avaient déjà et qu'ils sont un soutien utile pour changer leurs habitudes. Les adhérents se sentent à l'aise pour échanger avec eux et trouvent qu'une relation de confiance a su être créée.

Le service Sophia est perçu par 87% des adhérents comme un bon service d'accompagnement complémentaire au médecin traitant. Les 2/3 des adhérents se sentent plus à l'aise pour échanger avec leur médecin traitant depuis qu'ils bénéficient du service. Le service Sophia aide largement les adhérents à mieux comprendre le diabète et ses implications (traitements, examens, activité physique, alimentation) et encourage 86% d'entre eux à faire évoluer leurs habitudes et les ¾ s'estiment davantage capable de le faire. Les adhérents déclarent avoir modifié leurs habitudes de vie, de façon plus sensible sur l'observance et la réalisation des examens de suivi prescrits (63% d'entre eux déclarent prendre plus régulièrement leurs médicaments, 66% réaliser plus régulièrement leurs examens de suivi) mais aussi concernant le fait de manger plus équilibré ou d'être plus actif. 90% des adhérents recommanderaient le service à un proche.

S'agissant des médecins, plus de ¾ d'entre eux estiment que l'assurance maladie est dans son rôle en proposant Sophia et considèrent comme une bonne chose qu'elle s'investisse dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

Les 2/3 des médecins généralistes ont une opinion positive du service et pense qu'il constitue un bon complément à leur prise en charge qui favorise l'observance des traitements et des examens de suivi, et aide les patients à faire évoluer leurs habitudes de vie. Plus des ¾ des médecins généralistes voient en Sophia un programme pédagogique et informatif, utile, et adapté aux patients, permettant de relayer leurs messages et favorisant la motivation. D'ailleurs, les médecins sont 85% à dire qu'il est difficile de maintenir la motivation au long cours de leurs patients diabétiques. 2/3 des médecins pensent que Sophia peut être redondant avec leur activité ou les programmes d'éducation thérapeutique existant.

Plus d'1/3 estiment que la compréhension de leurs conseils s'est améliorée et ont constaté davantage d'aisance de leurs patients pour poser des questions en lien avec leur diabète ou parler des difficultés rencontrées, et près d'un médecin

sur deux a constaté un changement de comportement chez ses patients diabétiques inscrits.

Alors que 72% des médecins s'estiment bien informés sur Sophia, seuls 4 médecins sur 10 parlent du service à leurs patients et ont tendance à les inciter à s'inscrire.

ANNEXE 9 – ETUDE ATIH SUR LES DELAIS ENTRE UN ACTE OPERATOIRE ET LA CONSULTATION DE SUIVI

[1] L'étude a été effectuée à la demande de l'Igas et les résultats communiqués le 6 juin 2017.

1 Hypotheses

Base de données: PMSI MCO 2015 (décembre) et 2016 avec les GHM en version V2016

- 1) Bases des RSA
- 2) Bases des RSFA ACE => activité externe du public.

Sélection:

Le mois de décembre des RSA est utilisé afin de sélectionner les actes opératoires de fin d'année susceptible de donner une consultation de suivi début 2016.

Seul le secteur Ex-DGF est sélectionné.

- 1) Les RSA avec au moins un acte classant opératoire
- 2) Dont le chaînage patient est correct
- 3) Dont le GHM est en C (Chirurgie)
- 4) Les factures des RSFA ACE pour les patients sélectionnés ci-dessus avec un chaînage correct

Rassemblement des 2 bases RSA et RSFA ACE:

- 1) Exclusion des factures RSFA ACE avec un code ATU (urgence)
- 2) Sélection des factures RSFA ACE avec une consultation (C ou CS) sans prendre celle avec une majoration nuit ou férié
- 3) Calcul entre la date de réalisation de l'acte et la date de la consultation. S'il y a plusieurs actes réalisés, c'est le dernier qui est pris en compte pour le calcul du delta entre les dates.

Suite des excluions

- 1) Dans le cas d'un patient avec une consultation qui suit une acte chirurgical mais qui précède un autre acte chirurgical, il est compliqué de déterminer si la consultation concerne l'acte réalisé ou l'acte à réaliser. La règle est la suivante :
 - a. Si le delta avant et après la consultation avec les actes est le même, on considère que la consultation est pré-interventionnelle. Un doute subsiste donc on les écarte.
 - b. Si la consultation est plus proche de l'acte à réaliser, on considère que la consultation est pré-interventionnelle.
 - c. Si la consultation est plus proche de l'acte déjà réalisé, on considère que la consultation est post-interventionnelle.

Les consultations pré-interventionnelles sont exclues de l'analyse.

- 2) Identification des consultations suivant un acte quel que soit le temps écoulé entre l'acte et la consultation. Il y a des cas avec un acte et plusieurs consultations qui suivent cet acte. On garde uniquement la 1ère consultation qui suit l'acte.
- 3) Seules les consultations ayant lieu dans le même établissement (FINESS) que l'acte opératoire sont analysées.

2 RESULTATS

Les deltas entre la date de réalisation de l'acte et la consultation sont mis en classe.

Le tableau contient le nombre de consultations selon le delta en classe.

Delta entre la date de réalisation de l'acte et la consultation (en jour)	Nombre de consultations
0 - 15	400 578
16 - 30	390 813
31 et plus	751 388

Avec plus de détail pour la classe 16-30 :

Delta entre la date de réalisation de l'acte et la consultation (en jour)	Nombre de consultations
0 - 15	400 578
16 - 20	125 592
21 - 25	121 880
26 - 30	143 341
31 et plus	751 388

ANNEXE 10 – PARTENARIAT « BIG DATA » AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE

- [1] L'objectif de développement des technologies du big data appliqué au domaine de la santé a fait l'objet d'une initiative partenariale de la CNAMTS avec l'Ecole Polytechnique.
- 1 LE PARTENARIAT AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE, QUI ARRIVE A SON TERME, A ESSENTIELLEMENT PERMIS DE CONSTRUIRE UNE INFRASTRUCTURE VALIDEE DE RECHERCHE EN BIG DATA
- 1.1 Le projet vise à élargir le champ des recherches possibles sur les données du SNIIRAM
- [2] Depuis le 1^{er} janvier 2015 la CNAMTS et l'Ecole Polytechnique sont associés pour 3 ans par une convention de partenariat de recherche et développement visant à déployer de nouvelles pistes d'exploitation des données du SNIIRAM.
- [3] L'exécution de la convention est portée à la CNAM par la DSES, et à l'Ecole Polytechnique par l'Initiative Data Science du laboratoire de mathématiques appliquées.
- [4] Le projet vise à appliquer au SNIIRAM des techniques modernes d'exploitation des données dite Big Data afin d'ouvrir le champ des recherches. Il s'agit notamment de faciliter la détection de signaux faibles, difficilement identifiables avec les outils traditionnels compte-tenu de la masse des données et de la complexité de la structure du SNIIRAM.
- 1.2 La convention a fait l'objet d'une mise en œuvre progressive qui a permis de valider une infrastructure adaptée, sans pouvoir véritablement lancer les travaux de recherche
- [5] La convention prévoyait l'affectation de 29 ETP sur les 3 années du projet, dont 10 provenant de la CNAMTS pour un budget global de 1 478 210 € répartit comme suit :

Tableau 1: Plan de financement de la convention

Polytechnique	Salaires et traitements des personnels	928 210 €
	Salaires et traitements des personnels	455 520 €
CNAMTS	Fonctionnement et équipement	94 480 €

 $Source: \ \ \textit{convention CNAMTS-Ecole Polytechnique}$

[6] D'après l'équipe de recherche, le démarrage du projet a été ralenti par des difficultés de recrutement et des délais pour la montée en compétence des équipes sur le SNIIRAM.

- [7] Une dizaine de personnes (4,5 ETP) participent désormais aux recherches à l'Ecole Polytechnique. La CNAMTS a affecté au projet des effectifs à plein temps à la fin 2016 afin de préparer le transfert de compétences vers la Caisse.
- [8] L'exploitation de nouveaux algorithmes a rendu nécessaire le développement d'une infrastructure dédiée qui puisse s'affranchir des obstacles structurels du SNIIRAM liées à la complexité relationnelle de ses 800 tables de données. Les premiers travaux ont consisté à développer un environnement d'exploitation spécifique autour d'une structure de données simplifiée, distribuée sur un réseau de serveurs (cluster).
- [9] Cet environnement, désormais achevé, fait l'objet d'une montée en charge progressive. Un premier travail de validation a été conduit sur un échantillon restreint de données d'environ 3 Teraoctets, soit environ 1% du SNIIRAM. Le test a consisté à confirmer les résultats d'une étude CNAMTS de 2011 qui avait identifié des risques de cancer associé à la consommation de certains antidiabétiques. Les résultats de cette validation, concluants d'après les intéressés, devraient faire l'objet d'une publication prochaine portant sur les algorithmes utilisés.
- [10] La montée en charge sur des échantillons plus importants se poursuit. L'équipe de recherche commence une nouvelle étude portant, à la demande de la CNAMTS, sur les facteurs de chute chez les personnes âgées liées à des consommations médicamenteuses. Cette étude doit permettre de valider le comportement de l'infrastructure de travail sur un échantillon d'environ 11 millions d'assurés, représentant 13 To de données.
- 2 LES ENJEUX AUTOUR DU BIG DATA NECESSITE LE RENOUVELLEMENT DU PARTENARIAT AVEC UN PILOTAGE PLUS SERRE ET DES MOYENS A LA HAUTEUR DES AMBITIONS
- 2.1 L'infrastructure étant validée les axes de recherche prévus doivent être investis sur la base d'un projet clair et engageant
- [11] S'agissant des axes de recherche, la convention prévoyait à partir d'un partenariat avec l'X et avec le CHU de Nancy de prioriser cinq thèmes, pouvant être traités :
- 1 La surveillance des produits de santé
- 2 L'identification de facteurs explicatifs aux parcours de soins des patients
- 3 L'évaluation comparative de l'efficacité de stratégies thérapeutiques
- 4 L'identification de mésusages voire de fraudes
- 5 L'identification de facteurs explicatifs à la diffusion des recommandations
- [12] Seul l'axe 1 a été traité sur la base d'un « back-testing » servant à valider l'infrastructure Big Data à partir d'une étude ancienne documentée par la CNAMTS en 2011. Le partenariat n'a donc pas permis d'ouvrir de nouveaux axes de recherche sur les 3 années prévues, ce qui est problématique à l'aune de la rapidité du développement du Big Data et des fortes attentes sur le sujet.

[13] Les partenaires attendent beaucoup des recherches sur la thématique du parcours de soins, mais la CNAMTS doit rapidement préciser ses ambitions sur le sujet, et prévoir une affectation de ressources proportionnées à son partenaire scientifique.

2.2 La CNAMTS doit accélérer le transfert de compétences prévus à la convention et s'assurer de la fourniture des livrables

- [14] Le transfert de compétences est encore limité aux seuls agents de la CNAMTS travaillant directement avec l'équipe de l'Ecole (actuellement deux personnes). La CNAMTS n'est pas en capacité d'utiliser les outils développés dans le cadre du partenariat, d'autant qu'elle n'a pas précisé ses ambitions et ses moyens pour promouvoir en interne de nouvelles formes de recherche basée sur les méthodologies Big Data.
- Bien que prévus par la convention, les rapports et codes informatiques directement utilisables par les statisticiens de la CNAMTS ne semblent pas avoir été livrés. Cette situation met la CNAMTS dans une position de dépendance vis-à-vis d'un partenaire qui n'a ni les objectifs ni les moyens d'assurer seul la conduite des études nécessaires à l'amélioration de la gestion du risque.
- Enfin, des acteurs publics intéressés par le partenariat ont sollicité la mission afin d'avoir une visibilité plus importante sur les recherches conduites par l'Ecole Polytechnique et la CNAMTS. Il est vrai qu'en l'absence de publication scientifique et de bilans, les initiatives conduites par les deux partenaires alimentent peu les recherches en matière de Big Data en santé, et entretiennent un manque de transparence préjudiciable à l'appropriation par la communauté des méthodologies et de leurs résultats.

ANNEXE 11 - BILANS DE LA COG

Annexe – Evaluation de la COG 2014-2017 - indicateurs



Années 2014/2015/2016 et cible fin COG (2017)

Fiches 4, 7,8, 10, 11, 12, 13 et 14

Actions à c indica		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Poursuivre les efforts d'amélioration de l'accès aux soins sur le territoire Actions n° 4.1 à 4.5	de répartition des professionnels de santé : amélioration de l'indice de GINI	Infirmiers: 0,324 (-0,005) Omnipraticiens 0,198 (+0,004) SF: 0,242 (0,02) Orthophonistes: 0,329	MK: 0,280 (+0,005) Infirmiers: 0,319 (- 0,005) Omnipraticiens 0,203 (+0,005) SF: 0,225(-0,017) Orthophonistes: 0,330 (0,001) CD: 0,278 (0)	MK: 0,288 (+0,008) Infirmiers: 0,315 (- 0,004) Omnipraticiens 0,217 (+0,,014) SF: 0,215(0,01) Orthophonistes: 0,331(0,001) CD: 0,280 (0,002)	MK: 0,266 (-0,022) Infirmiers: 0,325 (0,01) Omnipraticiens 0,190 (-0,027) SF: 0,258 (+0,043) Orthophonistes CD	Oui, mais très partielle	Objectifs atteints quand on dispose de dispositifs ad hoc
Maîtriser l'évolution des tarifs Actions 4.6 et 4.7	IS 4.2 Taux global de dépassement des médecins en secteur 2 Objectif: -1,5 point par an	54,1% (-1)	53,3% (-0,8)	51,9% (- 1,4)	49,1% (-2,8)	S.O	Indicateur de suivi avec cible. Pourrait être un indicateur de résultat
Mettre en place le tiers-payant coordonné Actions 4.10 à 4.14	IS 4.3 taux de recours au tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS	-	94,8%	96,8%		s.o	Indicateur de suivi, sans cible. Pourrait être un indicateur de résultat



AXE 2 Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers:

Fiche 7 - Conforter l'offre de services intégrée de l'Assurance maladie

Actions à conduire et indicateurs et dispositifs d'évaluation				Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires	
	IR: Nombre d'adhérents à Santé active	6913 (500 000)	103 731 (800 000)	189 641 inscriptions au coaching en ligne sur les 466 000 visées (41%) (1 400 000)	2 000 000 adhérents	Non	Délai mis à sortir le produit. Recours en justic contre le prestataire	
	recours au SSR IR: tx de ré- hospitalisation IC IR: tx de ré- hospitalisation BPCO	Non disponible (4,2) Idem (43% Idem OBJ 100 réhos	 3,97 jours patientes(: 4) 42,1% (42%) Pas de différence significative pour patients inclus en 2014 (800) Démarrage en 2015 (145) 	 Pas de différence significative pour patients inclus en 2015 (2800) Pas d'évolution en 2016. Cohorte de patients insuffisante (940) 	20% pour hanche et genou 36% en 2017 Baisse de 30% du nbre de réhosp par rapport à 2011 11 000 en 2017 3400 réhospitalisations évitées	Oui Non Non		
	IR: Nombre d'adhésions tous volets	234 120 (222000)	335 938 (310 000) COG: 333 600	430 920 (395 000) COG: 539 000	650 000 adhérents	Oui	Sous objectif révisé	
Développer l'accompagnement des maladies chroniques et favoriser le maintien rapide à domicile Actions n° 7.15 à 7.19	IR: Nombre d'adhérents à Sophia dont patients en écart de soins	en écart aux soins)	écart aux soins (objectif 750 000	827 000 dont 46% de diabétiques en écart de soins (objectif révisé 780 000 dont 40% en écart aux soins)	1 200 000 adhérents dont 40% en écart aux soins	Oui	Objectif révisé, mais cible fin 2017 pas actée	



Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

Actions à c indica		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
nouveaux services dématérialisés	IR: Tx de déploiement SCOR par profession	pharmaciens: 79,11% (70%) MK: 76,66% (30%) Infirmiers : 64,48% (30%)	pharmaciens: 93% (95%) MK: 88% (75%) Infirmiers :81% (75%) Orthophonistes :46% (75%) SF: 30% (75%) Orthoptistes :55% (75%)	pharmaciens: 98,4% (97%) MK: 93% (75%) Infirmiers :88,5% (75%) Orthophonistes :60,7% (75%) SF: 44,8% (75%) Orthoptistes :65,7% (75%)	Pharmaciens: 98% MK: 95% Infirmiers :95% Orthophonistes :95% SF: 95% Orthoptistes : 95%	Oui	
Actions 8.1 à 8.14	IR: Tx dématérialisation	- AAT: % (40%) -PSE: %(40%) - DMT % (60%) Certificat AT MP: %	AAT: 19,2% (40%) PSE: 22,5%(40%) DMT 61,6% (60%) Certificat AT MP: 3,7% (généralisation fin 2015)	AAT: 22,7% (50%) PSE: 34,8% (50%) DMT: 65% (80%) Certificat AT MP: 8,4% (30%)	AAT: 60% (fév2017 31%) PSE: 60% (mars 2017 :57,9%) DMT 85% (fév 2017 80,6%) Certificat AT MP : 40% mars2017 13,7%)	Partielle	
	IR: taux de satisfaction des PS	nd	CPAM: 84,6% DRSM: 76,3% (86%)	CPAM: 86,4% DRSM: 80,2% Objectif 86%		Non	
	IS : Tx de PS utilisateurs de SEFI	Fin 2014 : 1 TS utilisateur	Fin 2015: une cinquantaine de transporteurs sanitaires utilisateurs du SEFi. 3 éditeurs autorisés, un 4ème en cours. Plus de 100 000 factures reçues et payées	En 2016, 727 000 factures en ligne réalisées par 850 TS; fin 2016, taux national de transporteurs équipés de facture en ligne : 14,42%.		5.0	
	IS : Tx de PS équipés ADR			14% (15%)	45 %	s.o	



5

AXE 2 Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers: Fiche 8

Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

Actions à conduire et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de FIDES Actions n° 8.15 à 8.16	(objectif t expérimentation)	Lancement de l'expérimentation dans 2 établissements à l'automne 2015 (objectif: adaptation)	2 établissements déployés en 2016. Expérimentation démarrée en juin 2016 et terminée en décembre 2016. Phase de déploiement prévue en 2017 (40% des établissements FIDES ACE équipés CDRi). (objectif 160 établissements)	400 établissements	S.O	Indicateur de suivi avec une cible Indicateur qui ne mesure pas l'action telle qu'elle est décrite



Fiche 10 – Favoriser le développement de la prévention

Actions à condui	re et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
programmes de	IR: taux de dépistage organisé et individualisé des cancers - Du sein - Colorectal - Col de l'utérus	- 61,5% (63,4%) - 27,8% (pas d'obj) - 56% (60%)	- 61,5% (64,4%) - 30% (+5pts /2014) - 56,3% (61%)	- 61,7% (65,4%) - 29,3% (+1pt /2015) - 55,5% (62%)	- 63,4% - +1pt /2016 - 63%	Non Non Non	
ac p. c. c	IR: taux de participation des campagnes de vaccination antigrippale	46,1% (50%)	48,6% (52%)	47,4% (54%)	56%	Non	
parterial	IS: actions d'incitation d'accompagnement personnalisé dans les classes CP en ZEP	1165 classes sensibilisées (1100)	(1200)	1700 classes sensibilisées (1300) 68% taux de recours moyen au CD	1400 classes	S.O	Indicateur de suivi avec cible
d'examen de santé	IS: taux de population précaires fréquentant les CES (>50% fixé dans l'objectif COG)		Taux 2015 = 57,5 (supérieur à 50%)	Taux 2016 : 58% (supérieur à 50%)	supérieur à 50%	5.0	Indicateur de suivi avec cible



Fiche 11 – Favoriser l'organisation de soins de proximité (pas de valeur cible chiffrée fin COG)

Actions à conduire	Indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bllan2016	Atteinte	Commentaires
Favoriser la constitution d'équipes pluriprofessionnelle de proximité autour du médecin traitant Actions 11.1 à 11.3	IS: Nombre de structures professionnelles bénéficiant des nouveaux modes de rémunération	ENMR	271 structures ex ENMR (95%) ont signé un contrat - 190 nouvelles structures ont pris contact avec leur caisse: 178 ont formalisé une demande de contractualisation: 130 nouvelles structures (hors ex ENMR) ont signé un contrat (91 maisons de santé, 12 pôles de santé, 17 centres de santé) et 17 demandes sont en cours d'examen au niveau local et 31 décisions de refus de contractualisation ont été prises.		S.O	Indicateur de suivi sans cible
	exerçant dans une équipe pluri professionnelle	800 patients MT par médecin (généraliste ou spécialiste) 998 patients MT et enfants de 0 à 16 ans par médecin (généraliste ou spécialiste) (données pour les structures ENMR)		4 400 patients en moyenne pour les maisons de santé mono site 7400 patients en moyenne pour les maisons de santé multi sites 4000 patients en moyenne pour les centres e santé (50% de structures ont+ de 3900 patients et 10% de structures ont les +grosses patientèles (9200 patients)	S.O	Indicateur de suivi sans cible
	dans les équipes	Environ 1 300 MG et spécialistes Environ 1 400 PS auxiliaires médicaux Environ 180 chirurgiens-dentistes et Sages-femmes		Une structure est en moyenne composée de: 4,9MG 0,9SP 1,4 CD 8,3 paramédicaux 2,1 autres professions	S.O	Indicateur de suivi sans cible

Fiche 12 – Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et para médicales

			and a spike a second se			1	
Actions à conduire et indicateurs		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
	lac fichas ranàras			60,9%		S.O	Indicateur de suivi particulièrement précis sur un sujet spécifique
		- 43 (43)	- 55 (48)	-Pas de gestes supplémentaires en 2016 en accord avec les sociétés savantes mais expérimentation de nouvelles méthodes d'accompagnement avec l'AFCA (hernies inguinales)	58 gestes en 2017 (valeur cible 5 gestes par an)	Oui	
12.21	IS: nombre d'établts sous MSAP par an	- CA: 161 (150)	- CA: Procédure lancée tardivement (fin 2015) (200)	MSAP: 347	200 gestes sous MSAP CA	5.0	Indicateur de suivi avec cible
	Objecfif 150 (2014 à 2017)	- SSR: 50	- SSR: Procédure lancée tardivement (fin 2015	166 établissements mis sous MSAP	150	5.0	
_		- Hors CA : 100 (50)	- Hors CA: Procédure lancée tardivement (fin 2015)	- 46 établissements mis sous MSAP dont chirurgie de l'obésité (35) et syndrôme du canal carpien (4) 850 demandes (75)	75	5.0	

Fiche 13 – Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins

Actions à conduire	e et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en	IR : taux de respect de l'ONDAM		2,05% (2,1%)	1,75% (1,8%)	2,1%	Oui	Pas de mention de la maîtrise médicalisée (objectifs non atteints)
les offreurs de soins Actions n° 13.6 à 13.24	IR: progression de 2 points par an des résultats de la ROSP des médecins traitants		68,3%. Soit - +1,7point (65,7%)	67,7% soit +1,8 points (67,7%)	69,7%	Oui	Changement de la ROSP en 2017
	IS: nombre de visites des DAM et entretiens confraternels auprès des PS libéraux, dans les établissements de santé et les EHPAD		- 123 504 au 31/03/2015 5300 visites EHPAD au 31/12/15	- Visites PS (DAM, EC et CIS) : 500 000 Visites établissements : 17133		5.0	
	IS: nombre de CAQOS avec les établissements de santé	CAQOS transports:				s.o	
	IR: taux de pénétration des génériques (valeur d'origine 82,24%)	- 83,3%	- 83,4% (85%)	- 85,4% (600M€)(85%)	85%	Oui	
	IS: taux global de génériques (valeur d'origine 33%)	- 40%	- 42,9%	- 45.4 %	40%	S.O	



Annexe – Evaluation COG 2014-2017 – Engagements de la CNAMTS



Axe 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins (fiche 4)

Axe 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers (fiches 7 et 8)

Axe 3 : Contribuer à la Stratégie Nationale en Santé et à l'efficience du système de soins (fiches

10,11,12,13 et 14)

•	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.	Poursuivre la politique de 1 régulation démographique des professionnels de santé	2014-2017	Article 72 LFSS: Possibilité de conventionnement sélectif des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens dentistes Fin de négociation prévue en avril 2017 pour MK. Actualisation du dispositif de régulation au conventionnement pour SF lors des négociations à ouvrir en septembre 2017	Oui	Oui	Non
4.	Développer des services complémentaires aux professionnels de santé signataires de contrats incitatifs	2014-2017	Parcours chirurgien dentiste finalisé au 31.12.2015 : envoi d'une LR diffusant l'ensemble des outils de ce parcours ; parcours installation MK mis en place sur 2017	Oui	Oui	Non
4.	Etendre le parcours attentionné « première installation » aux MK 3 (2015), SF (2016), CD (2016), orthophonistes (2017), orthopistes (2017)	2015-2017	CD en 2015, MK en 2017	Non	Non	Oui
4.	Evaluer les mesures 4 démographiques mises en œuvre	2015	Bilan des 2 options médecin dans le cadre de la convention médicale de 2011 (option démographie et option santé solidarité territoriale) dressé dans le cadre des négociations conventionnelles 2016 ; Mise en place de 4 contrats spécifiques dans la nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 pour s'adapter aux besoins des territoires sous denses	Oui	Oui	Oui



	N Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.	Proposer à l'Etat le cas échéant une nouvelle méthodologie de zonage	2015	Dans le cadre des nouvelles dispositions prévues dans la Loi de modernisation de notre système de santé sur le zonage, élaboration d'un projet de décret visant à déterminer de nouvelles méthodologies de zonage applicables par les ARS; projet d'arrêté sur méthodologie applicable par les ARS pour détermination des zones sous-denses transmis prochainement	Oui	Non	Oui
4.	Assurer une gestion active des .6 tarifs de secteur 1	2014-2017	Nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 avec valorisation d'un certain nombre d'actes au profit des médecins de secteur 1 ou ayant adhéré aux nouvelles options de pratique tarifaire maitrisée (OPTAM et OPTAM CO) :	Oui	Oui	Non
4	Réguler les tarifs de secteur 2, notamment par le déploiement du CAS	2014-2017	Adhérents contrat d'accès aux soins à fin 2016 : 11627. CAS remplacé avec la nouvelle convention médicale par 2 options OPTAM et OPTAM CO	Oui	Oui	Non
4.	Mettre en œuvre des actions de .8 communication auprès des bénéficiaires de l'ACS	2014-2015	Cf. action 4.12	Oui	Non	Non
4.	Mettre en œuvre des actions de contrôle auprès des médecins qui ne respectent pas les tarifs opposables aux patients bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS et aux personnes en aménagement de peine sans activité professionnelle	2016-2017	Dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives mis en œuvre en 2015. Reprise des actions prévues en 2017 après signature convention médicale	Oui	Oui	Oui
						Maladie

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.10	Mettre en place le tiers-payant coordonné pour les bénéficiaires de l'ACS	2015	Mise en œuvre à partir du 1/07/15. A fin décembre 2017, 1 019 924 bénéficiaires de nouveaux contrats ACS. Taux de tiers-payant de 96,8% (98,1% chez les pharmaciens, 81,6% chez les médecins généralistes) TP ACS: 87,8% des PS ont mis à jour leur logiciel SESAM-Vitale au 31/12/16	Oui	Non	Oui
4.11	Mettre en place le tiers-payant coordonné pour les personnes en aménagement de peine n'exerçant pas d'activité professionnelle de droit commun.	2015	Mise en place du TP pour les détenus au 1 ^{er} /01/16; taux de tiers-payant de 94,8% (97% chez les pharmaciens, 70% chez les médecins généralistes)	Oui	Non	Oui
4.12	Accompagner la mise en place des nouveaux contrats ACS par une communication dédiée auprès des bénéficiaires	2015	Campagne de communication mars 2016	Oui	Non	Oui
4.13	Etudier les conditions d'une généralisation du tiers-payant intégral au regard notamment de la problématique de la récupération des franchises et des participations forfaitaires	2015	Ouverture du service de paiement en ligne des créances PF/FR au 1/7/2016. Expérimentation à partir de septembre 2016 de la récupération des créances PF/FR avec 9 CPAM pilotes: envoi par courrier d'un avis de sommes à payer aux assurés concernés. Les 3/4 des dettes PF/FR ont été récupérées sans difficultés.	Oui	Non	Oui
4.14	Mettre en œuvre la solution de généralisation du tiers payant retenue par les pouvoirs publics	2017	Publication de l'avenant 10 au cahiers des charges SESAM-Vitale à destination des éditeurs en avril 2016. Harmonisation en inter régime des pratiques des caisses gestionnaires pour assurer le respect des engagements de l'assurance maladie. Ouverture du centre support inter régime médecins au 1/7/2016. Remise du rapport d'étape TP AMO 100% ALD/maternité au ministère le 30/11/201.	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.1	Articuler le parcours maternité, l'offre de services PRADO et proposer une déclaration en ligne du nouveau-né via le compte assuré	2014	Déclaration du nouveau né en ligne en tests ponctuels entre février et avril 2015. Généralisation du service en juin 2015. Offre PRADO intégrée dans le guide du parcours maternité en 2016	Oui	Non	Oui
7.2	Intégrer dans les services en santé des propositions d'accompagnement personnalisés	2015	Mémos SF modifiés pour accompagner le sevrage tabagique	Oui	Oui	Oui
7.3	Promouvoir l'utilisation de Medialog+ quelque soit le programme et l'agent en contact avec l'assuré	2015	Outil déployé en trois vagues en 2016	Oui	Non	Non
7.4	Donner aux CES la possibilité de consulter Medialog+ pour renforcer l'accès aux droits des consultants	2016	Déploiement progressif	Oui	Non	Oui
7.5	Concevoir et déployer l'offre de service « entrée en ALD »	2015	Diffusion en 2016	Oui	Non	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.6	Elaborer et diffuser des référentiels sur les parcours de soins d'usage simple pour les PS et des livrets informatifs pour les patients	2014-2015	Campagne référentiels nodules thyroïdiens ; guide patients pour cholecystéctomie ; mise en ligne grand public des guides patients sur ameli ; parcours de soins présentés pour chirurgie des tendinopathies de l'épaule ; travail en cours pour angioplastie coronaire	Oui	Non	Oui
7.7	Déployer trois programmes d'accompagnement en ligne Santé Active sur le compte assuré (nutrition, santé du dos, santé du cœur)	2014	Difficultés contractuelles rencontrées avec le prestataire en charge du développement et de la maintenance du coaching en ligne. Généralisation et communication en 2016. A fin 2016 : 190 000 adhérents au programme d'e coaching Sante Active	Oui	Non	Oui
7.8	Déployer un programme d'accompagnement en ligne au sevrage tabagique (Santé active)	2015	Appel d'offres et choix du prestataire réalisés. Lancement de s travaux d'élaboration du contenu avec l'INPES; Application mobile tabac mise en ligne le 22/09/16	Oui	Non	Oui
7.9	Ouvrir dans le compte assuré un espace personnalisé pour les ayants-droit	2015	Changement de contexte avec la PUMA	Non	S.O	Oui
7.10	Mener une étude de faisabilité sur la mise en ligne d'un calendrier vaccinal pour les assurés en lien avec une offre à destination des professionnels de santé	2016	Etude faite dans changement de contexte	Oui	Oui	Oui _



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.11	Etendre le PRADO maternité aux sorties précoces ainsi qu'aux césariennes non compliquées	2014	Extension de l'expérimentation sorties précoces : 15 409 adhésions en 2016 et généralisation en 2017 Extension aux césariennes sans complication depuis juin 2015	Oui	Non	Oui
7.12	Expérimenter une offre de service d'accompagnement des patients en épisode aigu et en sortie d'hospitalisation	2015	Extension de l'IC et de la BPCO en 2016 et généralisation en 2017 Travaux sur le service AVC et personnes âgées pour un lancement en T2 2017 5 sites prévus en AVC, 11 en personnes âgées	Oui	Oui	Oui
7.13	Déployer des nouveaux services PRADO - BPCO - Plaies chroniques	2014 et 2015	BPCO: Lancement début 2015 dans 11 départements et extension sur 35 sites : 64 établissements sur 2016 pour 622 adhésions Lancement en octobre 2015 de l'expérimentation dans 10 sites. Puis décision d'arrêter l'expérimentation en août 2016 avec intégration des plaies chroniques dans le volet personnes âgées	Oui	Non	Oui
7.14	Expérimenter un PRADO populationnel auprès des personnes âgées	2015	PAERPA: une expérimentation a été lancée dans 2 établissements de 2 régions pilotes: Paris et Tarbes. Extension sur 11 départements en 2017	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.15	Expérimenter l'extension du programme Sophia à l'asthme	2014-2015	A fin 2016, 24 000 adhérents asthmatiques	Oui	Oui	Oui
7.16	Généraliser, en fonction de son évaluation externe, le programme sophia à l'asthme	2016	Bilan de l'expérimentation réalisé. Décision prise d'extension en 2017	Oui	Non	Oui
7.17	Expérimenter une offre globale sophia/Prado	2015	Expérimentation lancée en 2015 et poursuivi jusqu'à fin 2017.	Oui	Oui	Oui
7.18	Généraliser, en fonction de son évaluation, l'offre globale sophia/prado	2016	Changement de contexte	Non	s.o	Oui
7.19	Offrir un accès direct à l'offre d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sur demande du médecin traitant	2014	Possibilité offerte aux médecins traitants pour leurs patients DT2 concernés et volontaires : sur 65 sites ETP DT2, à titre indicatif/montée en charge, 97 patients inclus suivant cette nouvelle procédure dans 27 CES; suivi organisé + spécifiquement au 2è trimestre 2016	Oui	Non	Oui



Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.1	Poursuivre le déploiement de SCOR et l'étendre à toutes les professions prescrites	2014-2017	SCOR déployé pour l'ensemble des catégories de PS et pour les cliniques (déploiement global: 84% toutes catégories de PS confondues).	Oui	Oui	Oui
8.2	Déployer l'accès aux droits en ligne aux professions en SESAM-Vitale (transporteurs, biologistes, médecins)	2014-2017	50 025 Professionnels de Santé équipés d'un logiciel autorisé pour le télé-service ADRi, dont 3 837 médecins utilisent le service ADRi (3,5 %). 20 éditeurs autorisés.	Oui	Non	Non
8.3	Déployer et étendre la facturation en ligne •Transporteurs sanitaires en inter-régimes puis l'expérimenter et la généraliser pour les taxis • Biologistes et médecins	2014- 2016 et 2014-2017	Pour les Transporteurs sanitaires (TS): généralisation démarrée en février 2016. En 2016, 727 000 factures en ligne ont été réalisées par 850 TS, fin 2016 le taux nationale de transporteurs équipés de la facture en ligne est de 14,42%. Pour les taxis, montée en charge de l'utilisation du service de calcul du taux de prise en charge se poursuit: nombre d'appels au PEC + pour les taxis a doublé en 2016 (2 200 000 appels pour 634 taxis) Facturation en ligne taxis reportée à 2018 pour tenir compte de l'évolution de la norme B2. Pour biologistes, ensemble des développements ont été réalisés. L'expérience sur les laboratoires est prévue fin 2017	Oui	Non	Oui



Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promot**19**n

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.4	Dématérialiser la prescription et proposer des services en appui des ententes préalables •Prescription de transports • Prescription de médicaments • Prescription de biologie • Ententes préalables	2014 2014-2016 2016-2017 2014-2017	Service prescription électronique transports généralisé en 2017 Expérimentation lancée à l'été 2017 Téléservice ouvert pour 9 régimes	Oui	Non	Non
8.5	Enrichir le bouquet de services du portail Espace pro (Certificat Médical AT/MP, Echanges sécurisés avec le service médical, Déclaration de grossesse, patientèle médecin Traitant Inter-régimes, commandes dématérialisées	2014-2017	Ouverture en 2015 et améliorations en 2016	Oui	Oui	Oui
8.6	Augmenter le nombre de téléservices intégrés : Protocole de Soins Electronique, Certificat Médical AT/MP, patientèle Médecin Traitant, Accords préalables prescripteurs et prescrits	2014 2017	Travaux de développement effectués en 2016 pour le Protocole de Soins Electronique, le Certificat Médical Accident de Travail/Maladie Professionnelle. Suite au bon fonctionnement du nouveau PSE en appui de la simplification ALD, les travaux ont été menés pour rédiger les spécifications éditeurs fin 2016. Fournies aux éditeurs mi 2017	Oui	Oui	Oui
8.7	Déployer des services pour les médecins traitants en appui des programmes de prévention	2014-2017	Ouverture du téléservice Prado	Non	S.O	Non



Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.8	Déployer des téléservices en appui à la montée en charge des conventions	2014-2017	Démarrage des travaux de conception des téléservices liés à la nouvelle convention médicale et évolution du service de suivi du Contrat d'accès aux soins pour prendre en compte l'OPTAM et l'OPTAM-CO	Oui	Oui	Non
8.9	Poursuivre la politique d'accompagnement des PS en renforçant notamment la coordination des actions des DAM, CIS et PC	2014-2017		Oui	Oui	Non
8.10	Promouvoir les services de consultation des droits en ligne pour améliorer la qualité des flux de facturation	2014	Lancement de la campagne en 2016	Oui	Non	Oui
8.11	Structurer une stratégie relationnelle adaptée aux attentes des professionnels de santé	2015	Centre de service interrégimes mis en place en 2016	Oui	Non	Oui
8.12	Evaluer le modèle de plateforme téléphonique médico-administrative	2016	Finalisation en cours du cahier des charges	Oui	Non	Oui



Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promot**13**n

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.13	Déployer le cas échéant le nouveau modèle de PFS sur le territoire	2017	Début d'une expérimentation au printemps 2017 dans deux régions	Non	S.O	Oui
8.14	Instruire avec l'Etat un projet de simplification des échanges entre CPAM et ARS sur les transports sanitaires.	2014	Expérimentation RNT (réferentiel national de transport) CPAM Tours et ARS Centre démarrée en janvier 2016	Oui	Non	Oui
8.15	Concevoir une offre de téléservices adaptée aux spécificités des hôpitaux et reposant sur le retour d'expérience « FIDES » avec comme 1ère étape la consultation des droits intégré au logiciel(CDRi) avant fin 2015	2015-2017	Décalage de l'expérimentation CDRi en raison des retards de s éditeurs hospitaliers à mener les développements. 1 ^{er} flux reçus en juin 2016. Objectifs: 40% des établissements du FIDES ACE équipés CDRi à fin 2017	Oui	Non	Oui
8.16	Adapter les téléservices du portail Espace pro afin de les rendre accessibles aux médecins hospitaliers — sécurisation des accès en l'absence de la possibilité d'utiliser le numéro d'assurance maladie pour les professionnels de santé salariés.	2015-2017	Report de ce développement	Non	S.O	Oui

Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promot**13**n

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.17	Mettre en service le référentiel de l'offre de soins	2014	Fiabilisation du volet établissement. Mise à jour de masse des données établissements. Développement des services d'accès métier. Reconception du scénario intégration des PS afin de raccourcir les délais.	Oui	Non	Oui
8.18	Assurer la montée en charge du RFOS	2014-2015	Chargement des données Professionnels de Santé en ville dans le Référentiel Offre de Soins (RFOS). En amont, redéfinition de l'interface de production afin de le rendre plus ergonomique.	Oui	Oui	Oui



Fiche 10 – Favoriser le développement de la prévention

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.1	Conclure le marché d'approvisionnement des nouveaux tests immunologiques et des solutions de lecture pour le dépistage organisé du cancer colorectal	2014	Démarré en avril 2015 car contentieux	Oui	Non	Oui
10.2	Permettre la commande de tests par les médecins traitants sur leur espace pro et assurer la traçabilité nominative (patient/médecin) des tests lus	2014	Idem	Oui	Non	Oui
10.3	Définir avec la DGS, en lien avec l'INCA, l'architecture cible des dépistages organisés et expérimenter cette nouvelle organisation sur au moins 2 sites géographiques pour la reprise des invitations au titre de l'inter-régimes -sur le cancer du sein -Sur le cancer colorectal	2014 2015	En cours, sur un seul site à partir de T3 2017	Non	s.o	Oui
10.4	Mettre en place un module dépistage systématique des cancers dans l'espace prévention du compte assuré : - sein - Colorectal	2015 2016	En attente. Pas de module mais une information	Non	So	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.5	Intégrer la sensibilisation au dépistage du cancer du col dans le cadre de PRADO maternité	2014	Non réalisé. Jugé non pertinent	Non	s.o	Oui
10.6	Inviter les femmes enceintes à bénéficier d'un examen bucco-dentaire pris en charge à 100%	2014	Réalisé en 2015	Oui	Non	Oui
10.7	Enrichir le contenu des ateliers femmes enceintes (actions de sensibilisation/offre d'accompagnement pour lutter contre les addictions)	2014	Dématérialisation des courriers d'invitation à compter de juillet 2016	Oui	Non	Oui
10.8	Mettre en place la vaccination en CES avec un retour d'information au médecin traitant	2015	Réalisé en 2016 car attente d'une instruction DGS, et pas dans tous les centres	Non	S.O	Oui
10.9	Refondre le programme de sensibilisation au risque cardio-vasculaire	2015	Non réalisé	Non	So	Oui
10.10	Développer un programme de prévention et dépistage de la BPCO	2016	Début de distribution des spiromètres aux médecins généralistes volontaires dans 3 départements en mars 2017	Oui	Non	Oui

Fiche 10 – Favoriser le développement de la prévention

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.11	Mettre en place une visite DAM sur le sevrage tabagique pour sensibiliser les médecins et sages-femmes	2015	Réalisé au second semestre 2016 pour médecins généralistes. Campagne courrier prévue en 2017	Oui	Non	Oui
10.12	Mettre en œuvre de l'augmentation du forfait pour la prise en charge des substituts nicotiniques : -20/25 ans - 25-30 ans, CMUC, ALD cancers	2014 2015	Réalisé avec retard Idem	Oui	Non	Non
10.13	Signer des avenants aux conventions conclues entre les conseils généraux et les CPAM sur le développement d'au moins une action de prévention de la santé dans chaque PMI	2015-2016	Mise en œuvre liée au plan national de réduction du tabagisme. Report de l'échéance à 2017	Non	S.O	Oui
10.14	Développer en ZEP les actions de promotion de la santé bucco- dentaire (réalisation et suivi de l'EBD)	2014-2017	Objectif atteint	Oui	Oui	Oui
10.15	Etendre les expérimentations de dépistage du surpoids/obésité en milieu scolaire et proposer, en lien avec les acteurs existants, des actions de prise en charge	2014-2017	Evaluation des actions locales collectives "surpoids de l'efant"+ mesure "prévention de l'obésité chez l'enfant« (LFSS 2016). Arrêté d'août 2016 fixant les territoires d'expérimentation	Oui	Oui	Oui



Fiche 10 – Favoriser	le dévelo	ppement de	la prévention

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.16	Elaborer avec l'INPES un programme d'accompagnement en ligne au sevrage tabagique	2014-2015	Programme fonctionnel automne 2016	Oui	Non	Oui
10.17	Construire avec l'INCA un programme de formation des DAM -sur le dépistage du cancer colorectal (nouveau test) -Sur les cancers féminins	2014 2015	Réalisé 2015 - Amphi DAM début avril 2015 avec la participation de l'INCa - Plus de 40 000 visites DAM sur 2015 Non réalisé	Non	S.O	Non
10.18	Aboutir avec l'INVS à une réévaluation de la connaissance de la couverture vaccinale ROR	2014-2015	Résultats en cours d'exploitation à l'INVS	Non	s.o	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.19	Améliorer le contenu de l'Examen Périodique de Santé (EPS) : -Adulte en général et senior -Jeunes	2014 2015	LR signée en décembre 2016	Oui	Non	Oui
10.20	Evaluer l'impact de l'ETP réalisé en CES	2015	rapport juin 2015 sur la mesure d'impact du programme ETP DT2 dans les CES	Oui	Oui	Oui
10.21	Offrir aux médecins traitants la possibilité d'inscrire leurs patients à l'offre ETP des CES	2015	Possibilité est ouverte depuis la parution de la LR 78/2015	Oui	Oui	Oui
10.22	Finaliser la montée en charge des inclusions dans la cohorte Constances (progressivement jusqu'à 40.000/an)	2015	32 900 EPS CONSTANCES réalisés en 2015 pour un objectif de 30 000 au 31/12/15. 38 000 EPS Constances en 2016	Oui	Oui	Oui



Fiche 11 – Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.1	Accompagner la mise en place de ces accords pour développer les équipes de soins de proximité et la coordination des professionnels de santé	2015-2017	Parution du règlement arbitral sur la rémunération des structures de santé pluri professionnelles de proximité en février 2015 Préparation du circuit de paiement des rémunérations pour 1er trimestre 2016	Oui	Oui	Oui
11.2	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique	2014-2015	Pertinence de l'engagement en question. Publication en mars 2017 du cahier des charges régionaux	Oui	Non	Oui
11.3	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour les affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe	2014	Changement de contexte	Non	s.o	Oui
11.4	Participer aux expérimentations PAERPA	2015	Série d'actions	Oui	Oui	Oui
11.5	Accompagner la mise en place de structures intermédiaires (centres autonomes, réseau sphères)	2014-2017	Décret sur l'expérimentation des structures d'hébergement temporaire non médicalisée publié en décembre 2016	Oui	Oui	Oui



Fiche 11 – Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.6	Mettre en œuvre un programme d'accompagnement pour les personnes âgées (PRADO poly- pathologies)	2015	Mise en place d'une expérimentation dans le cadre du PAERPA sur 2 sites : Tarbes et Lariboisière et lancement de l'expérimentation en 2017 sur 11 territoires PAERPA et non- PAERPA	Oui	Non	Oui
11.7	Présenter aux pouvoirs publics en amont de chaque expérimentation PRADO le modèle économique et réaliser une évaluation externe avant généralisation Atteint	2014-2017	Présentation de l'évaluation des volets orthopédie et IC au comité de suivi en novembre 2015 et janvier 2017	Oui	Oui	Oui
11.8	Elargir le programme PRADO à toutes les interventions de chirurgie programmée (PRADO Chirurgie)	2014-2015	Lancement du groupe de travail en décembre 2015. Lettre réseau diffusée en juillet 2016	Oui	Non	Oui
11.9	Participer aux expérimentations de télémédecine prévues par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014	2014-2016		Oui	Oui	Oui



Fiche 11 – Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.10	Favoriser le déploiement des nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie diabétique en télémédecine	2014 2015	 En 2016, 6500 patients ont bénéficié de ce mode de dépistage de la rétinopathie diabétique. Nouvelle campagne d'accompagnement et de promotion de ce mode dépistage en coopération envisagée ainsi que de nouvelles expérimentations de coopération avec des orthoptistes 	Oui	Non	Oui
11.11	Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile	2014-2017		Nd	Nd	Nd
11.12	Renforcer l'interconnexion des téléservices et la remontée d'informations, notamment vers le médecin traitant	2014 2017	La négociation de l'avenant à l'ACIP n'a pas été ré-ouverte en 2015 . Projet abandonné	Non	s.o	Oui
11.13	Accompagner l'évolution du DMP vers un outil au service de la coordination (informations structurées, interopérabilité)	2014 2017		Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.1	Réaliser en collaboration avec l'HAS des fiches repères pour des pathologies chroniques	2014 2015	Mémos de bonnes pratiques dans le cadre du volet Plaies chroniques pour les 3 types de plaies (escarres, ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse) Développement d'une application tablette et smartphone regroupant ces mémos pour les PS (mai 2015) Validation HAS janvier 2016	Oui	Non	Oui
12.2	Poursuivre les campagnes d'accompagnement auprès des généralistes et spécialistes concernés	2014 2017	Diffusion des référentiels pour les nodules thyroïdiens et guide patients auprès des MG et des endocrinologues, pour la cholécystectomie auprès des généralistes dans le cadre d'échanges confraternels menés sur le 2nd semestre 2015 (60% des EC ont été réalisés à fin déc.2015). En parallèle mise en ligne grand public des guides patients sur ameli. Nouvelle campagne d'EC auprès des médecins généralistes en 2016	Oui	Oui	Oui
12.3	Evaluer l'impact de l'AAT en ligne sur la pratique du médecin en termes de respect des fiches repères	2014 2015	Evaluation réalisée en septembre 2015	Oui	Non	Oui
12.4	Rénover le contrôle des arrêts de travail sur la base des fiches repères	2015	Révision de seuils de contrôle des K opératoires. Poursuite du processus. Optimisation des contrôles d'arrêts de travail et des dates de convocations	Oui	Oui	Oui
12.5	Arrêts de travail : Expérimenter une procédure d'accord préalable pour certaines pathologies	2016 2017	Proposition non retenue dans le plan d'action IJ 2015	Non	S.O	Oui
12.6	Accompagner les professionnels de santé (MK/Médecins prescripteurs) sur les référentiels de masso-kinésithérapie validés par la HAS en vue de leur appropriation et de leur respect		. Poursuite de l'accompagnement des PS sur les DAP MK : campagne lancée en août 2015 avec quasi-totalité des CPAM ayant mené les actions préconisées. Meilleure appropriation du dispositif de DAP par les MK (52 % de DAP conformes en moyenne en janvier 2016 contre 25 % en octobre 2014).	Oui	Oui	Oui _



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.7	Mesurer l'impact de l'accompagnement mené auprès des professionnels sur les référentiels validés par la HAS et vérifier leur respect	2015 (puis récurrent)	Mesure d'impact des EC renforcés IJ en mars 2016 avec résultats sont favorables. EC renforcés 2 ^{ème} vague commencée fin 2016.	Oui	Oui	Oui
12.8	Elaborer de nouveaux référentiels MK	2014 2017	Pas de nouveaux référentiels introduits en raison de la nécessité de consolider la mise en œuvre des 14 référentiels existants. Mais problème du manque de traçabilité de la nomenclature	Non	S.O	Oui
12.9	Réviser la démarche de soins infirmiers	2014	Accord sur une nouvelle grille d'évaluation des soins infirmiers avec les représentants des IDE dans le cadre de la mise en place d'un "BSI"(bilan de soins infirmiers", destiné à remplacer la DSI) fin 2015. Lancement d'une expérimentation du dispositif BSI sur 12 territoires à compter d'avril 2017	Oui	Non	Oui
12.10	Mettre en œuvre et contrôler l'application de la DSI pour encadrer le recours aux AIS	2015 2017	Sera réalisé en 2017	Oui	Non	Oui
12.11	Etudier les conditions juridiques et techniques d'élaboration de référentiels de prescriptions de transport	2014		Oui	Oui	Oui
12.12	Elaborer des référentiels dans les domaines les plus fréquents de recours aux transports (transports itératifs, dialyses)	2015	Fiche repère patients dialysés validée par la HAS en 2016 et disponible dans le réseau en mars 2017	Non	Non	Oui
- 12.13	Mettre en œuvre ces référentiels	2016 2017		Non	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.14	Etendre la démarche de ciblage des établissements atypiques à certains actes chirurgicaux (cholecystectomie, thyroidectomie, chirurgie bariatrique, amygdalectomie), mais aussi diagnostiques (examens préanesthésiques) et biologiques	2014 2015	Démarche de ciblage étendue aux actes chirurgie bariatrique, examens pré anesthésiques, amygdalectomie. Lettre réseau sur la pertinence des soins et variation des pratiques médicales en établissement de santé (décembre 2015)	Oui	Oui	Oui
12.15	Elaborer des référentiels de parcours de soins sur la base de l'analyse des processus de soins pour les pathologies à fort enjeux en termes d'efficience :thyroîde, cholecystectomie, chirurgie bariatrique, amygdalectomie, pathologie épaule, examens préanesthésiques	2015	 Thème cholécystectomie pour lithiase biliaire: Elaboration d'un référentiel pour les PS, validés par la HAS en décembre 2014 - Diffusion en 2015 Thème amygdalectomie < 18 ans: élaboration en cours d'un référentiel pour les PS en lien avec la SFORL - saisine HAS en 2015 - diffusion au T4 2015 Chir. bariatrique: pas de référentiel élaboré par la CNAMTS: existence d'un référentiel de la HAS en cours de réactualisation Publication du premier atlas français des variations des pratiques médicales avec l'IRDES 	Oui	Oui	Oui
12.16	Diffuser les référentiels de parcours de soins et mettre en œuvre des démarches d'accompagnement	2015 2017	Campagne d'accompagnement lancée en 2015. Publication de l'atlas de variation des pratiques. Elaboration des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.17	Poursuivre les campagnes de MSAP CA	2014-2017	Lancement au premier semestre 2015. Poursuite des campagnes de MSAP pour les gestes de chirurgie ambulatoire en 2016	Oui	Oui	Oui
12.18	Enrichir régulièrement la liste des gestes entrant dans la procédure MSAP CA	2014-2017	En 2014-2015 : rencontre de 9 sociétés savantes chirurgicales (ou CNP) : 12 gestes supplémentaires sont rajoutés pour la campagne 2015 (55 gestes au total) - Diffusion en région de la liste actualisée en avril 2015 . Arrêt de la hausse en 2016	Oui	Oui	Oui
12.19	Développer la MSAP SSR sur les établissements MCO en articulant le ciblage avec le déploiement de PRADO orthopédie	2014-2017	Procédure lancée tardivement (fin 2015). Articulation avec Prado (toutes chirurgies). Intégration dans les travaux sur la réhabilitation améliorée en chirurgie	Oui	Oui	Oui
12.20	Initier la MSAP pour certaines interventions chirurgicales non urgentes sur la base de référentiels de la HAS : syndrome du canal carpien	2014-2017	MSAP sur chirugie bariatrique et syndroe du canal carpien	Oui	Non	Oui
12.21	Etendre le dispositif à d'autres interventions	2015-2017	Elargissement de la MSAP aux actes chirurgicaux non urgents : cholécystectomie, nodules thyroïdiens, chirurgie bariatrique, amygdalectomie. Décret décembre 2015 permet mise en place de MSAP en cas de non respect et/ou d'écarts aux référentiels régionaux et/ou nationaux	Oui	Non	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.1	Mettre en œuvre l'article L.315- 2 sur des médicaments coûteux pour l'assurance maladie	2014	Les données d'initiation et de DAP sont stables depuis juin 2015 après une forte baisse des initiations à l'instauration de la mesure. Ce qui justifie pleinement action d'accompagnement (DAM) prévue fin T2 2017	Oui	Oui	Oui
13.2	Améliorer la pertinence des actes infirmiers pour l'injection d'insuline en mettant en place un accord préalable sur la prescription des soins infirmiers et un accompagnement des patients vers l'autonomisation	2015	Expérimentation dans le Nord mais charge de travail du service médical jugée trop importante au regard des résultats de l'action obtenus pour être généralisée.	Non	s.o	Oui
13.3	Développer l'analyse des prestations remboursées dans une logique actualisée pour identifier les actions de gestion du risque pertinentes dans un cadre national, et régional partagé avec les ARS	2015-2016	Enquête lancée dans le cadre de l'analyse charges et produits 2014	Oui	Oui	Oui
13.4	Définir un plan d'actions participant à la maîtrise des prescriptions non pertinentes	2014	Actions engagées	Oui	Oui	Non
13.5	Mettre en œuvre un plan d'action participant à la maîtrise des prescriptions non pertinentes	2015-2017	Nd	Oui	Oui	Non



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.6	Biologie : Mettre en œuvre les actions de maîtrise médicalisée sur 6 thèmes prioritaires avec un objectif croissant de rendement sur la période	2014-2016	Poursuite des actions d'accompagnement sur les prescriptions de vitamine D, groupes sanguins et TSH initiées au 4ème trimestre 2014 sur le 1er semestre 2015 : visites des délégués de l'assurance Maladie auprès des généralistes libéraux . Plan d'action 2016	Oui	Oui	Oui
13.7	Analyser les prescriptions et les dépenses de biologie en vue d'identifier de nouveaux thèmes d'action	2014	Actions mises en œuvre dans le cadre du protocole d'accord sur la biologie 2017-2019	Oui	Non	Oui
13.8	Préparer le nouveau protocole pluriannuel avec les biologistes	2016-2017	Signature du protocole d'accord sur la biologie 2017-2019 en novembre 2016	Oui	Oui	Oui
13.9	Actions d'accompagnement renforcées sur le suivi de la glycémie (bandelettes, lecteurs), l'oxygénothérapie, la nutrition orale, les plaies chroniques	2014-2015	2015:Déploiement des actions d'accompagnement Compléments Nutritifs Oraux, Auto surveillance glycémique Préparation Action accompagnement Plaies chroniques 2016- accompagnement PP 2016	Oui	Non	Oui
13.10	Introduire des objectifs LPP dans la ROSP sur l'auto-surveillance glycémique chez le patient diabétique sans insuline, la nutrition orale ou la source d'oxygène prescrite	2015-2016	 - Pas de négociation conventionnelle sur 2015 - Négociation de la nouvelle convention sur 2016 (échéance septembre 2016) - Travaux préparatoires à mener notamment sur la ROSP : évolution des indicateurs actuels, nouveaux indicateurs etc. 	Non	S.O	Oui
13.11	Renforcer les exigences de qualité dans les accords avec les prestataires de services à domicile	2014-2015	Signature de la Convention LPP Titres I & IV avec les Prestataires le 15/07/15. Arrêté paru en mai 2016.	Oui	Non	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
	Gérer de manière dynamique le panier de soins en analysant les processus de soins et proposant chaque année des mesures d'ajustement tarifaire	2014-2017	Mise en œuvre a) de nouvelles baisses de tarifs en imagerie sur des actes et forfaits techniques (mesures triennales de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins), b) du programme d'accompagnement de médecins généralistes relatif à la pertinence de la prescription d'examens IRM, fondé sur l'analyse de parcours de soins. - Aucunes mesures de baisse des tarifs en imagerie en 2016	Oui	s.o	Non
13.13	Participer aux actions de GDR des ARS	2014-2017	Mise en œuvre du plan ONDAM avec 4 blocs partagés ARS/AM	Oui	Oui	Non
12 1/	Actualiser les objectifs et indicateurs de la ROSP en lien avec les données de la science, les priorités de la SNS et le cadre de l'ONDAM	2014-2015	- Pas de négociation conventionnelle sur 2015 . Négociation de la nouvelle convention sur 2016 signée en août 2016 qui poursuit politique de diversification des rémunérations	Oui	Non	Oui
13.15	Faire progresser les résultats et réduire les écarts de pratiques	2014-2017	nd	Oui	Oui	Non
13.16	Accompagner les structures et équipes de soins	2015-2017	nd	Oui	Oui	Non
13.17	Etendre la ROSP à d'autres spécialistes et les accompagner sur le terrain	2014-2017	Extension à gastro et cardios. Travaux en cours pour un avenant créant une ROSP pour les endocrino	Oui	Oui	Non



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.18	Faire évoluer les contrats actuels sur les PHMEV pour inclure des objectifs plus précis et qualitatifs	2014-2015	Mise en œuvre CAQOS nouvelle version 2015. Diffusion d'une fiche méthodologique d'aide à la négociation des CAQOS Transports. Travaux DSS/CNAMTS pour l'élaboration du contrat type et de la liste des indicateurs obligatoires en vue de la signature des CAQES au 1 ^{er} janvier 2018	Oui	Oui	Oui
13.19	Etudier l'opportunité d'élargir le champ des CAQOS à la prescription de biologie en ville et d'imagerie	2015-2016	Objectif incompatible avec le système d'information des actes de biologie et d'imagerie	Oui	Oui	Oui
13.20	Développer le conventionnement avec les établissements sur les services en santé, gestion des sorties et Téléservices	2015-2017	Conventions PRADO, participation aux dialogues de gestion aves les ARS. Expérimentation modalités d'implantation téléservices patients en établissements de santé (télédéclaration de grossesse, MT)	Oui	Oui	Oui
13.21	Contribuer aux travaux des pouvoirs publics visant à promouvoir la prise en compte de la qualité et l'efficience dans la rémunération des ESMS	2014-2017	Participation aux réunions techniques pilotées par l'ATIH, suivi des travaux de la mission SERAFIN PH	Oui	Oui	Oui
13.22	Renforcer l'accompagnement des EHPAD sur le médicament avec les données de residehpad	2014	Profils actualisés 2016 sur données 2015	Oui	Non	Oui
13.23	Etendre le champ de l'accompagnement (DM)	2015-2017		Non	s.o	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.24	Etudier l'extension de l'outil RESIDEHPAD pour identifier les patients à d'autres structures	2015	Mise en production RESID SSIAD (prévu en 2016). Visites PS (DAM, EC et CIS): 500 000; Visites établissements: 17133; visites EHPAD en 2016: 2 516 (6e campagne)	Oui	Non	Oui
13.25	Arrêts de travail : communication sur Ameli santé sur les durées recommandées	2014-2015	Intégration dans ameli-santé des durées d'arrêts de travail pour les pathologies couvertes par les fiches repères. Intégration dans ameli santé onglet "après le traitement" ou "vivre avec sa maladie" des durées d'arrêt de travail pour les 39 thèmes de santé pour lesquels des fiches repères existent (67 fiches repères élaborées)	Oui	Oui	Oui
13.26	Arrêts de travail : courriers ciblés auprès des assurés ayant des arrêts de plus de 60 jours (montée en charge et bilan en 2014, généralisation à partir de 2015)	2014-2017	En 2015, un bilan intermédiaire a été réalisé à 120 jours des vagues d'envoi (60000 courriers). Il met en évidence près de 40% de prise de contact par les assurés (plate formes d'accueil, téléchargement, mails). Dépliant par disponible sur ameli santé pour les pathologies potentiellement à l'origine de désinsertion	Oui	Oui	Oui
13.27	Générique : mise en œuvre et communication sur le tiers-payant contre génériques	2014-2017	Communication récurrente de la part des caisses sur TPcG. Dialogue compétitif Campagne de communication : définition de la stratégie et de l'agence de communication. Plan de communication génériques préparation de l'action de l'accompagnement NS (démarrage en avril 2017)	Oui	Oui	Oui
13.28	Expérimenter une carte de transport délivrée aux patients atteints de maladies chroniques dans une dizaine de CPAM/ELSM	2014	Expérimentation déployée de fin novembre 2014 à fin 2016 dans 21 sites pilotes	Oui	Non	Oui
13.29	Bilan de l'expérimentation et extension éventuelle	2015	61 protocoles signés au 31/12/2015 pour 118 centres de dialyse 3044 CTA demandées, 3776 délivrées au 31/12/2015 par 161 néphrologues. 82 protocoles signés par établissements de santé en 2016. Décision de ne pas poursuivre cette expérimentation	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
	Favoriser le recours au transport personnel : expérimentation de la prise en charge des frais de parking dans les CLCC et simplification des procédures de prise en charge		Bilan mitigé des 8 caisses expérimentatrices en 2016	Oui	Non	Oui
13.31	Favoriser le recours au transport personnel : bilan et extension du dispositif	2015-2016	Les rubriques du formulaire expérimental ont été intégrées dans le formulaire homologué de remboursement des frais de transport pour le véhicule personnel. Pas d'évaluation de l'utilisation du nouveau formulaire prévue	Oui	Oui	Oui



Fiche 14 – Mieux connaître le système de santé et promouvoir ses transformations

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
14.1	Publier le rapport de propositions de l'assurance maladie pour juillet de l'année N	2014-2017	Réalisé	Oui	Oui	Oui
14.2	Assurer la réponse aux demandes d'études sur le Sniiram nécessaires à la gestion et à la surveillance des médicaments et produits de santé	2014-2017	Etudes du programme de travail avec l'ANSM réalisées	Oui	Oui	Non
14.3	Mettre un premier jeu de données sources en open data à disposition du grand public et pour leur réutilisation	2014	1 ^{er} jeu en décembre 2014.	Oui	Oui	Oui
14.4	Enrichir l'offre de données agrégées bénéficiaires et professionnels de santé Réaliser différentes études (usage EGBS, grand EGB)	S1 2016	transfert en cours des tableaux de bord IDS pour les réintégrer dans l'offre sniiram	Oui	Oui	Oui
14.5	Développer les services utilisateurs (outils agiles d'exploration des données)	Varia		Non	S.O	Non
14.6	Développer les services contenus (DCIRS)	Varia		Non	S.O	Non
14.7	Mettre en place les services producteurs (pilotage catalogue de services)	Varia		Non	s.o	Non

Annexe – Evaluation COG 2014-2017 Engagements de l'Etat



Engagements de l'Etat Fiche 4 Favoriser le développement des soins accessibles aux assurés sociaux

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
4.1	L'Etat accompagnera l'assurance maladie dans les politiques visant à mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire sur les évolutions de la méthodologie de zonage dans le cadre des prochains plans régionaux de santé (PRS)	Instruction validée en CNP du 20 janvier 2017 pour médecins. En cours pour MK, SF, orthophonistes et Infirmières	Partiellement
4.2	L'Etat veillera à la pleine sécurité des accords conventionnels supra	Décret zonage démographique paru Arrêté médecins en cours, autres PS à venir Contrats-types régionaux convention médicale parus dans chaque ARS	Partiellement
4.3	L'Etat favorisera la coordination des parcours d'installation des professionnels de santé	Mise en place des contrats d'engagement de service public, des contrats pour les jeunes et les remplaçants. Qualité PAPS très hétérogène suivant ARS Cohérence ARS réseau AM à améliorer	Partiellement



Engagements de l'Etat Fiche 7 Conforter l'offre de services intégrée de l'assurance maladie

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
7.1	L'Etat, en lien avec les agences régionales de santé, appuiera le déploiement des services en santé proposés par l'assurance maladie, notamment des services Prado en sortie d'établissement, en veillant à leur articulation dans le cadre de l'élaboration des CPOM et des dotations allouées aux structures	Lancement du PNGDRESS et précision de sa déclinaison territoriale et de son articulation avec les PRS. PRADO intégré comme projets prioritaires du bloc virage ambulatoire du plan ONDAM et dans les CPOM des établissements	Oui
7.2	Au regard de la mission d'accompagnement au sevrage tabagique des assurés sociaux confiée à l'assurance maladie par la LFSS 2014, l'Etat favorisera la bonne articulation des actions conduites sur ce champ par la CNAMTS et l'INSPES	L'un des axes du plan national de réduction du tabagisme 2014-2019. Création du fonds de lutte contre le tabac	Oui



Engagements de l'Etat

Fiche 8 Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
8.1	Dans le cadre du programme Fides, l'Etat s'engage à publier les textes nécessaires à son déploiement conformément au calendrier arrêté par les pouvoirs publics et veillera à impliquer les ARS dans sa mise en œuvre	Textes nécessaires à la généralisation du dispositif FIDES publiés en décembre 2014	Oui
8.2	L'Etat veillera impliquer les ARS dans la mise en œuvre du programme FIDES		Oui



Engagements de l'Etat Fiche 10 - Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
10.1	Dans le cadre du développement des actions d'éducation thérapeutique, l'Etat favoriser la meilleure répartition des rôles et des financements associés entre les ARS et les organismes d'assurance maladie	Les financements prévus (FNPEIS) pour soutenir les projets d'ETP en ambulatoire ont été transféré aux ARS. Absence de visibilité sur l'offre d'ETP existante en région. Besoin d'un pilotage national	Partiellement
10.2	L'Etat veillera à l'efficience des programmes de dépistages organisés des cancers (cancer du sein, cancer colorectal) au travers notamment de l'évolution des structures de gestion	CNAMTS étroitement associée aux réflexions qui ont conduit à la parution de deux instructions annonçant puis fixant le cadre et les échéances de la régionalisation des structures de gestion des dépistages. Reprise des invitations par l'assurance maladie pour le compte de l'inter régime pourra démarrer en 2018 en phase pilote puis se déploiera en lien avec le calendrier de régionalisation.	Partiellement
10.3	L'Etat accompagnera les actions de promotion de la santé proposées par l'assurance maladie, notamment dans les zones défavorisées (bucco-dentaires, surpoids)	Concernant le déploiement de l'action de prévention bucco- dentaire en zones défavorisées, celle-ci s'est déroulée en lien étroit entre les autorités académiques et les CPAM. Le partenariat avec l'éducation nationale devra être approfondi, notamment sur d'autres thématiques. La préparation et le lancement de l'expérimentation de la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant s'est faite en étroite collaboration avec l'Etat dans le cadre d'un copil piloté par la DSS, la DGS étant associée à ces travaux	Oui avec retard
10.4	L'Etat s'engage à porter dans le cadre du comité interministériel pour la santé les partenariats que l'Assurance maladie souhaite développer sur la prévention avec les différents départements ministériels concernés		Non réalisé



Engagements de l'Etat Fiche 11 Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
11.1	L'Etat s'engage à simplifier les formalités administratives de création d'une SISA et apporter un appui juridique aux professionnels de santé par le biais des ARS en lien avec les Cpam	Ordonnance simplifiant les formalités SISA au conseil d'Etat	Partiellement
11.2	Prendre les textes nécessaires au développement de la télémédecine, notamment pour le dépistage de la rétinopathie diabétique	Texte revu mais pas encore suffisant au regard du développement de la télémédecine	Oui
11.3	L'Etat s'engage à faire aboutir les textes nécessaires à la mise en place d'environnements d'intervention adaptés (centres autonomes)	Pas de suite donnée	Non réalisé



N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
12.1	L'Etat accompagnera l'assurance maladie dans la promotion du développement et la mise en œuvre des référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales, notamment pour les fiches repères portant sur les arrêts de travail	Accompagnement pour la définition du programme HAS Attente conclusions revue de dépenses IGAS/IGF sur IJ	Partiellement
12.2	L'Etat appuiera l'assurance maladie dans la définition et la mise en œuvre des conditions juridiques nécessaires au déploiement des référentiels de prescription de transports	1 fiche repère réalisée	Oui
12.3	L'Etat veillera également à soutenir les actions menées par l'assurance maladie, en concertation avec les ARS, dans les établissements de santé pour renforcer la pertinence des soins	Textes publiés entre 2012 et 2015 permettant de déployer les différents dispositifs	Oui



Engagements de l'Etat Fiche 13 Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
13.1	Transports : simplifier les textes sur le recours au véhicule personnel avec une revalorisation et simplification du barème de remboursement	Textes simplifiés. Arrêtés publiés en 2015 Revalorisation néanmoins insuffisante à ce stade Efforts de simplification encore nécessaire	Oui
13.2	LPP: sécuriser juridiquement le dispositif de téléobservance dans le cadre des traitements par pression positive continue (PPC)	Le décret du Décret n°2017-809 du 5 mai 2017 a créé un cadre règlementaire précisant les conditions de recueil, de transmission et de prise en compte des données d'utilisation issues d'un dispositif médical remboursable doté d'un mécanisme de télétransmission de ces données.	Oui
13.3	Revoir le dispositif des CAQOS produits de santé pour introduire des indicateurs qualitatifs	Travaux ont permis la création d'un contrat CAQES	Oui
13.4	Travailler conjointement sur les évolutions du dispositif des CAQOS transport afin de permettre une contractualisation plus généralisée et adaptée selon les typologies d'établissements avec des objectifs quantitatifs en sus des objectifs en montants de dépenses	Travaux ont permis la création d'un contrat CAQES Instruction conjointe ne cours de finalisation	Oui
13.5	Poursuivre en associant l'assurance maladie les travaux relatifs à la réforme de la tarification des Ehpad ou des ESMS pour personnes handicapées, intégrant des objectifs de qualité et d'efficience	Réforme de la tarification EHPAD quasi aboutie en lien avec AM (publication des résultats ENC EHPAD avec CNSA, DGCS, ATIH et CNAMTS en juin 2017). Calendrier SERAFIN peu compatible avec les objectifs de la COG	Partiellement
13.6	CEPS: faire évoluer les règles de fixation des prix des ASMR V afin qu'il y ait toujours une économie dans le coût du traitement pour l'assurance maladie	Notion d'économies dans le coût du traitement clarifiée par lettre d'orientation ministérielle d'août 2016. Difficultés subsistantes pour les classes où coexistent des produits anciens peu coûteux et des produits de 2ème ou 3ème génération (par exemple pour les antiépileptiques).	Oui



Engagements de l'Etat Fiche 14 Mieux connaître le système de santé et promouvoir ses transformations

N°	Engagement	Commentaires	Degré d'atteinte (total, partiel, nul)
14.1	L'Etat associera étroitement l'Assurance maladie aux travaux relatifs à l'ouverture des données de santé afin de lui permettre de concilier dans les meilleures conditions cette ouverture avec les enjeux liés à la protection des données à caractère personnel	Référentiel sécurité établi en collaboration Participation aux groupes de travail ou autres sur l'accès des industriels, des assureurs, méthodologie de réidentification	Oui
14.2	L'Etat mettra en place le nouveau cadre juridique et installera, en tant que MOA stratégique, la gouvernance multipartite du futur SNDMA. Il s'assurera dans ce cadre de la définition et de la bonne atteinte des objectifs, du respect des exigences réglementaires, notamment en termes de sécurité du système	Participation de la CNAMTS aux différentes instances de gouvernance (comité stratégique, comité producteurs, commission de sécurité la cnamts est en responsabilité pour ces deux derniers) et participation à la mise en place de l'INDS	Oui

